

高雄市廚師職業工會～新入會會員健康告知書

會員證號	姓 名	出生年月日	身份證字號	申請加保日
聯絡地址				聯絡電話

★ 被保險人請就下列事項據實告知並親自填寫，如有隱匿或不實之說明而導致給付爭議時，
被保險人將無異議絕對遵從相關法規令最後決議。

下列各項如答『是』者，請詳細說明傷病名稱，診療記錄，日期及醫院名稱。	是 否
1. 最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 過去二年內是否曾因接受健康檢查異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (5) 痛風、高血脂症。 (6) 青光眼、白內障。	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 過去五年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療？診療或用藥？(17) (1) 高血壓症(指收縮壓 140mmHG 舒張壓 90mmHG 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。 (3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT40IU/L 以上)。 (5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。 (7) 癌症(惡性腫瘤)。 (8) 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (9) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 (10) 紅斑性狼瘡、膠原症。 (11) 愛滋病或愛滋病帶原。	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、關節機能障礙、四肢機能障礙、智能障礙。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 女性被保險人回答： (1) 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？ (2) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

此 致 高雄市廚師職業工會

被保險人：

簽名蓋章

填表日期：

年

月

日