

1. 病人資料 Information of Patient

保單編號 Policy No.	病人姓名 Name of Patient	病人香港身份證 / 護照號碼 HKID / Passport No. of Patient	出生日期 (日 / 月 / 年) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	年齡 Age	性別 Sex
--------------------	-------------------------	--	--	-----------	-----------

2. 病歷及診斷 History and Diagnosis

1. a) 你是否病人慣常求診的醫生?

Are you the patient's usual physician?

是, 醫療紀錄可溯至

Yes, medical records date back to _____ (日 / 月 / 年) (DD/MM/YYYY)

不是, 病人由誰轉介

No, patient was referred from _____

b) 病人首次就此受傷 / 傳染疾病求診的日期

Date on which you first saw the patient for this injury / infectious disease _____ (日 / 月 / 年) (DD/MM/YYYY)

c) 最後診斷結果

Final Diagnosis _____

d) 最後診斷日期

Date of diagnosis _____ (日 / 月 / 年) (DD/MM/YYYY)

2. 如傷殘因**意外**導致

If the Disability was due to **Accident**:

a) 意外發生日期

Date of Accident _____ (日 / 月 / 年) (DD/MM/YYYY)

b) 意外發生的原因

Cause of accident

c) 受傷部位

Part(s) of body injured

d) 傷勢的性質及程度

Nature and extent of injury

3. 如因為**傳染疾病**導致

If caused by **Infectious Disease**

a) 病人在首次向閣下求診時的病徵

Symptoms the patient complained at the first consultation

b) 病人在首次求診前, 其病徵已存在多久?

How long had the patient been experiencing these symptoms before the first consultation?

4. 治療詳情

Details of consultations and treatment

日期 / 時期 Date / Period	求診醫生 / 醫院名稱 Name of Physician / Hospital	治療及測試 Treatment and Test	治療情況及結果 Healing condition and Result

3. 病人現時的健康狀況 Current Health Conditions of Patient

1. 病人是次受傷 / 傳染病是否因下列情況而導致或加?
Was the patient’s injury / infectious disease directly or indirectly due to or aggravated by following:

- 否 是，請在適當的方格填上別號及提供詳情。
No Yes, please tick the appropriate box and provide details.
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 航空或空中活動
Aviation or aerial activities | <input type="checkbox"/> 整形手術
Cosmetic surgery | <input type="checkbox"/> 自我傷害
Self-inflicted injury |
| <input type="checkbox"/> 濫用藥物
Narcotics / drug abuse | <input type="checkbox"/> 濫用酒精
Alcohol abuse | <input type="checkbox"/> 過往的傷患 / 疾病
Past injury / illness |

2. a) 病人是否永久、完全及不可復原的傷殘?
Had the patient become permanently, totally and irrecoverably disabled?

- 否 是，請提供詳情。
No Yes, please provide details.

b) 病人是否完全因該意外而不能從事任何職業?
Has the patient totally unable to engage in ANY occupation due to the accident?

- 否 是，由 (日 / 月 / 年) 至 (日 / 月 / 年)
No Yes, from (DD/MM/YYYY) to (DD/MM/YYYY)

c) 病人現時進展及狀況。
Present condition of disability and prognosis.

d) 如病人仍然完全傷殘，預計何時復職? (日 / 月 / 年)
If the patient is still totally disabled, when will you expect him/her return to work? (DD/MM/YYYY)

3. 病人能否在沒有幫助的情況下，完成下列日常活動?
Can the patient perform the right listed “Daily Activities” without assistance?

轉移 (坐在椅子上及從椅子上起來) Transfer (getting in and out of a chair)	<input type="checkbox"/> 可以 can	<input type="checkbox"/> 不可以 cannot
移動 (從一個房間移動到另一個房間的能力) Mobility (the ability to move from room to room)	<input type="checkbox"/> 可以 can	<input type="checkbox"/> 不可以 cannot
如廁 Toileting	<input type="checkbox"/> 可以 can	<input type="checkbox"/> 不可以 cannot
穿衣 Dressing	<input type="checkbox"/> 可以 can	<input type="checkbox"/> 不可以 cannot
沐浴和清洗 Bathing and washing	<input type="checkbox"/> 可以 can	<input type="checkbox"/> 不可以 cannot
進食 Eating	<input type="checkbox"/> 可以 can	<input type="checkbox"/> 不可以 Cannot

4. 康復進展
Progress of recovery

- 已完全康復 康復中 情況穩定 情況惡化
Recovered Improving Static Retrogressed

註 Remarks:

4. 聲明及授權 Declaration & Authorisation

本人謹此聲明曾為病人作出診治，以上所報的各項資料及本人基於以上的情況而提供之意見。本人謹此聲明及同意上一切陳述及問題的所有答案均為事實之全部並實無訛。

I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and treated the Patient in connection to the above condition and that the facts as given above present my opinion of his / her condition. I declare and agree to make the declaration on this Physician’s Statement.

醫生姓名 Name of Physician	:	_____	醫生簽署 Signature of Physician	:	_____
醫學資格 Qualification	:	_____	專業資格 Specialty	:	_____
聯絡電話 Contact No.	:	_____	蓋章 Official Stamp	:	_____
聯絡地址 Mailing address	:	_____	簽署日期 Signature date	:	_____