



由員工填寫

擇一勾選

初次計畫參加者  延遲計畫參加者  現有會員

請提供完整資訊，以確保理賠案得以快速處理。所提供的資訊不會導致醫療計畫投保遭到拒絕。(如果您和您符合資格的受撫養人已選擇放棄健康承保，您就不需要填寫本問卷。)

## 第 I 節: 健保計畫資訊

員工姓名：	性別：	身高：	體重：
社會安全號碼：	出生日期：	雇主姓名：	

## 第 II 節: 健康問卷

針對下列每一個問題，為您自己和您的每一個受撫養人回答是或否。針對每個答「是」的問題，請加以說明並提供完整細節。2008 年基因資訊不歧視法案 (GINA) 遵守聲明：本聲明並非要求您提供基因資訊。在回答本健康問卷時，您不應提供任何基因資訊。亦即，請勿提供任何家族病史或有關基因檢測、基因服務、基因諮詢，或您認為您可能罹患風險之基因疾病的任何資訊。

在過去五 (5) 年內，您本人或您的任何一位受撫養人是否曾被診斷出以下任一病況，或因以下任一病況而接受治療或有醫療專業人員向您建議接受治療：

1)	心臟或動脈疾病，包括心臟病發作、中風、動脈瘤、動脈硬化症、胸痛、風濕病或心雜音？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2)	高血壓？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3)	癌症、腫瘤或其他惡性腫瘤？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4)	腎臟、肝臟、膽囊、胰臟或男性 / 女性器官疾病，或性傳染疾病 (HIV 除外)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5)	關節炎、背痛、風濕病或肌肉骨骼 / 關節問題？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6)	i. 免疫缺乏失調、感染，或與愛滋病或愛滋病相關症候群無關的慢性感染問題？ ii. 您或任何申請投保家人是否曾被診斷出患有愛滋病 (後天免疫缺乏症候群) 或 ARC (愛滋病相關症候群) 或已接受相關治療？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7)	酒精或物質濫用、精神 / 神經失調？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8)	潰瘍、大腸炎、吞嚥困難、胃部問題、疝脫或直腸問題？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9)	糖尿病、囊腫性纖維化、尿液含白蛋白或糖份，或其他內分泌問題？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10)	氣喘、肺氣腫、肺結核、胸膜炎或其他肺部疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11)	癱瘓、癲癇、多發性硬化症 (MS) 或其他神經肌肉失調？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12)	出血或血液疾病 (HIV 除外)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

(接下頁)

## 第 II 節:健康問卷 (承前)

### 其他病況 / 資訊 :

13)	您或任何一位受撫養人現在是否懷孕？ 如果答「是」，這是您第一次懷孕嗎？ 此次或之前的懷孕是否有併發症？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14)	是否還有任何其他在過去五 (5) 年中發生的醫療病況尚未透露？ 如果有，請於下方詳細說明。 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15)	您或您的受撫養人在過去兩 (2) 年中是否有抽菸？如果答「是」，停止的日期： _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16)	您或您的任何一位受撫養人是否正在服用任何需要醫師開立處方的藥品 (抗生素或節育用品除外)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
17)	您或您的受撫養人在過去一年中體重是否增加或減少超過 20 磅？ <input type="checkbox"/> 增加 _____ <input type="checkbox"/> 減少 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
18)	您每週是否工作至少 20 個小時？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
19)	您或您的受撫養人在過去五 (5) 年中是否曾住院或進行手術？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
20)	您或您的受撫養人是否曾被告知，未來可能有必要住院或進行手術？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 第 III 節:詳細說明

項目 號碼	接受治療人員 姓名	身高/ 體重	診斷病況	治療類型	藥品 / 劑量	治療醫療服務提 供者	<input type="checkbox"/> 還在進行治療 - 治療日期
		身高:				醫師姓名:	治療開始日期:
		體重:				醫院 / 機構名稱:	結束日期 (若適用):
		身高:				醫師姓名:	治療開始日期:
		體重:				醫院 / 機構名稱:	結束日期 (若適用):
		身高:				醫師姓名:	治療開始日期:
		體重:				醫院 / 機構名稱:	結束日期 (若適用):

## 第 IV 節:簽名

我在下方簽名，即表示我證實我的回答和聲明就我所知皆為真實完整。我瞭解，本健康聲明是我申請健康承保的一部分。所提供的資訊不會導致醫療計畫投保遭到拒絕。

員工簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_