

請註明以下是否與是次事故有關。如有，請提供資料			
自殘	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	如有，請註明
受酒精或精神藥物影響	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
高危活動	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
愛滋病或其他性病	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
職業	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
心理因素	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
轉介這病人的醫生姓名及通訊地址			
醫生姓名		通訊地址	

3. 有關住院資料

醫院名稱			
入院日期 (日 / 月 / 年)	日 ____ 月 ____ 年 ____	出院日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
出院時的診斷			
有做手術嗎？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
如有，請提供手術日期	手術日期	日 ____ 月 ____ 年 ____	
手術名稱 / 類別			
有否接受手術以外的治療？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
如“有”，請提供治療的名稱和日期	治療名稱	日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
上述治療能否以非住院形式進行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如“是”，請提供住院原因			
上述住院是否用作與試驗或調查性質的治療、手術、供應物或其他醫療服務目的？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
出院撮要 (包括治療、診斷經過、結果、併發症及 / 或跟進計劃)			
病人是否於住院期間離院？如有，請註明該離院時段和原因			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有

4. 癌症 / 腫瘤相關疾病

病人是否患有腫瘤、惡性或癌前病變的情況？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請提供詳細資料		
位置及器官	擴散至淋巴核	
病人曾否進行活組織檢查？如有，請提供日期及檢查結果		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
日期	活組織檢查結果	其他診斷檢查結果
日 ____ 月 ____ 年 ____		

治療種類	<input type="checkbox"/> 外科治療 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療	日期
			日 ____ 月 ____ 年 ____
請提供治療細節如藥物劑量，治療時間及其他治療類別和其副作用			
有關腫瘤是否已完全切除 / 根治？		所有有關治療的完成日期	日 ____ 月 ____ 年 ____

5. 有關傷病資料

請列明所有身體或精神損傷 - 其影響，受傷程度和持續時間 (請提供能力喪失程度鑑定證明文件)			
請提供以上傷勢的預後 (如適用)			
病人的職業和職業性質			
請列明病人喪失部分工作能力的時間	由 _____	到 _____	
	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	
請列明病人喪失全部工作能力的時間	由 _____	到 _____	
	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	
請選擇最接近申請者能力的方格	喪失該能力的日期	日 ____ 月 ____ 年 ____	
洗澡 - 包括進入浴缸或其他洗澡方法)	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
換 / 穿衣服	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
進食	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
如廁	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
移動能力 - 從躺著到坐立	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
活動能力 - 在同一層室內的活動能力	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		

6. 有關診治記錄

病人曾否患有相關疾病？如有，請提供就診日期，有關資料及診斷				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
就診或住院日期	醫生姓名或醫院名稱	病徵	診斷	所接受的治療 (請列明已接受或將會進行的手術名稱)
日 __ 月 __ 年 _____				
日 __ 月 __ 年 _____				
請問病人的親生父母，兄弟姐妹或子女在六十歲之前有患上以下疾病？ 如有，請在下面的表格清楚列明該疾病。 例如：乳癌，大腸癌，心臟病等等				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
<input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 阿茲海默症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 多囊性腎病變 <input type="checkbox"/> 其他遺傳性疾病				
親屬	診斷 / 狀況		病發年齡	

7. 聲明及同意

本人謹此聲明曾為病人作出診治，以上填報的各項資料乃本人基於以上的情況而提供意見。本人謹此聲明及同意上述一切陳述及問題的所有答案均為事實之全部並確實無訛。

醫生姓名	聯絡電話及地址
醫學資格	專業資格
醫生簽署	簽署日期
	日 __ 月 __ 年 _____