

團體傷殘賠償申請表 GROUP DISABILITY CLAIM FORM

團體保單號碼 Group Policy No.

第二部份 – 主診醫生報告書 (由主診醫生填寫，所有費用由僱員/病者/索償人自行承擔)

PART II – ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (To be completed by attending physician at the Employee's / Patient's / Claimant's own expenses.)

A. 病人資料 PARTICULARS OF PATIENT

1 病人姓名 Name of Patient

2 年齡及性別 Age and Sex

3 身份證/ 護照號碼 I.D. Card / Passport No.

B. 臨床資料 CLINICAL DETAILS

1 病人之醫療記錄可追溯至 We can trace the medical record of patient back to

年 Year 月 Month 日 Day

2 首次出現病徵日期發生日期 Date of the symptoms first appeared

年 Year 月 Month 日 Day

3 病人首次有關此病症之求診日期 Date of first consultation for this condition or related illness

年 Year 月 Month 日 Day

4 請詳細說明首次會診時之徵狀和病症 Please describe the symptoms and complaints at first consultation.

5 病人是否由其他醫生轉介？如是，請提供該醫生之姓名及地址。Is the patient referred by other physician? If yes, please give the name and address of the referring doctor. ☐ 是 Yes ☐ 否 No

6 診斷 Diagnosis

7 何時確診 When was the diagnosis made

年 Year 月 Month 日 Day

8 a) 請提供病人首次未能工作日期 Please give the date the patient first absent from work

年 Year 月 Month 日 Day

b) 如已恢復工作能力，請提供病人可恢復工作的日期 Please give the expected date the patient to resume work

年 Year 月 Month 日 Day

9 a) 請詳述病人如何因是次診斷影響而導致完全不能回復本來之工作崗位 Please state in details on how the diagnosis prevents the patient from resuming work

b) 病人可否從事其他的職業 Could he/she engage in any other occupation?

☐ 不可以 No

☐ 可以，由 Yes, from

年 Year 月 Month 日 Day

c) 職業活動上的限制 Limitation to occupation activities.



B. 臨床資料(續) CLINICAL DETAILS (Continued)

10 以病人本身的工作或職業而論，請詳述此意外/ 傷勢對其的影響: Bearing in mind the declared duties/occupation of this patient, please indicate the impact of the accident / disablement:

- ☐ 能夠從事任何工作或職業 Can perform any kind of work and duties
- ☐ 不能從事其職業本身之部分工作 Cannot perform partial duties of his/ her own occupation
- ☐ 不能從事其職業本身之任何工作 Cannot perform all duties of his/ her own occupation
- ☐ 不能從事任何類型的工作或職業 Cannot perform any kind of work and duties

請提供喪失部分工作能力的時間 Please state period of incapable to perform some of his/her duties

由 From 年 Year 月 Month 日 Day

至 To 年 Year 月 Month 日 Day

請提供喪失全部工作能力的時間 Please state period of incapable to perform some of his/her duties

由 From 年 Year 月 Month 日 Day

至 To 年 Year 月 Month 日 Day

11 請詳述完全喪失工作能力原因 Please state the cause of total disability

12 若病人目前仍喪失工作能力，閣下認為該情況將會持續多久？ If the patient is still totally disabled, how long will such disability be expected to continue ?

13 所有關於是項診斷之治療、檢查及其結果、有否任何併發症及出院後之覆診或跟進計劃 Any treatments, investigation procedures, results, and/or any complications and follow up plan regarding the subject diagnosis

C. 病人現時之健康狀況 CURRENT HEALTH CONDITIONS OF THE PATIENT

1 康復進展 Progress of recovery

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

註 Remarks:

2 日常活動概況 Current state of mobility

- ☐ 行動自如 Ambulatory ☐ 需留在家中 Home confined ☐ 需臥床 Ben confined ☐ 情況惡化 Retrogressed

註 Remarks:

3 按日常生活活動評估，病人在不受輔助下，可否完成下列事項？ Can the Patient perform below listed "Activities of Daily Living" without the use mechanical equipment, special devices or other aids and adaptation?

- | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 上下床或從椅子坐起 Transfer to get in bed and out of bed or chair | <input type="checkbox"/> 可以 Can | <input type="checkbox"/> 不可以 Cannot |
| 行動 Mobility | <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 |
| 洗澡及梳洗 Bathing & 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 |
| 如廁 Toileting | <input type="checkbox"/> 可以 Can | <input type="checkbox"/> 不可以 Cannot |

D. 閣下之專業意見 PROFESSIONAL COMMENT

1 是次病症或受傷是否(1)復發個案，或(2)任何慢性疾病/嚴重疾病之併發症，或(3)與過往其他病況有關？如是，請提供有關診治日期及治療詳情。Is the condition (1) a recurrent episode or (2) a complication of any chronic illness/ major disease or (3) related to any previous conditions? If yes, please provide date of diagnosis and treatments details.

☐ 是 Yes ☐ 否 No 診治日期 Date of diagnosis/treatments 年 Year 月 Month 日 Day

詳情(包括診斷/治療/檢查及結果) Details (including diagnosis/ treatments/ investigations and results)

2 病人之家族史有否增加病人患上此症的風險？Is there any patient's family history which would increase the risk of this illness?

3 請提供病情預測。Please state the prognosis of the condition

4 是否與人體免疫缺損病毒有關？Is it HIV related?

E. 其他醫療病史 OTHER MEDICAL HISTORY

1 請選出病人過往有否以下病症/習慣。Does the patient have any medical history or habit as indicated below?

- | | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 Asthma | <input type="checkbox"/> 心臟病 Cardiac problem | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 Hepatitis B | <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension | <input type="checkbox"/> 曾接受手術 Previous operation |
| <input type="checkbox"/> 濫藥 Drug abuse | <input type="checkbox"/> 家族性癌症 Family history of cancer | <input type="checkbox"/> 家族病史 Unfavorable family history |
| <input type="checkbox"/> 以上皆沒有 None | <input type="checkbox"/> 其他疾病，請說明 Other disease, please specify | |

2 該病人曾否因患上上述疾病或其他嚴重疾病接受醫生或醫院治療？如有，請說明詳情。Had the patient previously been treated or hospitalized due to the above disease or other major disease? If so, please specify details.

☐ 有 Yes ☐ 沒有 No 診治日期 Date of diagnosis/treatments 年 Year 月 Month 日 Day

疾病 Disease

治療/住院詳情 Details of Treatment / Hospitalization

醫生姓名/醫院名稱 Name of Physician/Hospital

日期 Dates			疾病 Disease	治療/住院詳情 Details of treatment/hospitalization	醫生姓名/醫院名稱 Name of Physician/Hospital
年 Year	月 Month	日 Day			

3 請提供飲酒/吸煙習慣詳情 Please provide details of drinking & smoking habit

每日用量 (支/包/樽/罐) Daily consumption (piece/ pack/ bottle/ can)

習慣始自 Drinking/ Smoking start date since 年 Year 月 Month 日 Day

E. 主診醫生資料 PARTICULARS OF ATTENDING PHYSICIAN

本人謹此聲明，就本人所知所信，上述由本人提供的資料均為事實之全部，並確實無訛。I HEREBY DECLARE that all the information provided by me in this form is true and correct to the best of my knowledge and belief.

主診醫生姓名 Name of Attending Physician		資歷 Qualification	
地址 Address		聯絡電話 Contact No.	
主診醫生簽署及醫院/診所蓋章 Signature of Attending Physician and Stamp of Hospital / Clinic		日期 Date	年 Year 月 Month 日 Day