

[illegible]

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

1 是次診斷是否復發個案，或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 diagnosis ☐ 是 Yes ☐ 否 No

保單號碼 Policy No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. 閣下之專業意見(續) PROFESSIONAL COMMENT (Continued)

3 病情預測 The prognosis of the condition

4 是否與人體免疫缺損病毒有關? Is it HIV related?

D. 其他醫療病史 OTHER MEDICAL HISTORY

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

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 哮喘 Asthma | ☐ 心臟病 Cardiac problem | ☐ 糖尿病 Diabetes Mellitus |
| ☐ 乙型肝炎 Hepatitis B | ☐ 高血壓 Hypertension | ☐ 曾接受手術 Previous operation |
| ☐ 濫藥 Drug abuse | ☐ 飲酒習慣 Drinking | ☐ 吸煙習慣 Smoking |
| ☐ 家族性癌症 Family history of cancer | ☐ 家族病史 Unfavorable family history | |
| ☐ 以上皆沒有 None | ☐ 其他疾病·請說明 Other disease, please specify _____ | |

2 該病人曾否因患上述疾病或其他嚴重疾病接受醫生或醫院治療? 如是者, 請述詳情。 Had the patient previously been treated or hospitalized for the above disease or other major disease? If so, please give details. ☐ 是 Yes ☐ 否 No

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.

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

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

E. 主診醫生資料及聲明 ATTENDING PHYSICIAN'S PARTICULARS AND DECLARATION

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