



MEDICAL FILE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

醫療問卷

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / À REMPLIR PAR L'ASSURÉ / 由被保人填寫

First and Last Name / *Nom et prénom* / 姓名 :

Contract number / *N° d'adhésion* / 保單號碼 :

Date of Birth / *Date de naissance* / 出生日期(日-月-年) : / /

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / 由醫生填寫

What ailment exactly does your patient suffer from?

De quelle pathologie souffre le patient ? / 你的病人遭受到什麼疾病?

If any, state the cause / *S'il y en a une, précisez la cause* / 如果有, 說明原因 :

Date of the discovery of the illness / *Date d'apparition de la pathologie* / 發現疾病的日期(日-月-年) ? / /

Is this the first episode? / *S'agit-il de la première manifestation de la pathologie ?* / 是否首次出現該疾病?

How long has the patient suffered from this?

Depuis combien de temps le patient souffre t-il ? / 病人患此病的時間有多長?

Are there any associated pathologies? / *Existe-t-il des pathologies associées ?* / 是否有任何相關病理?

Are there any related pre-existing pathologies?

Existe-t-il des pathologies pré-existantes ? / 是否有任何相關的預先存在的病理?

DOCTOR'S SIGNATURE:
SIGNATURE DU MÉDECIN
醫生簽署

DATE :
日期