

BẢNG CÂU HỎI VIÊM KHỚP*(Bao gồm viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, đau khớp)*Số Giấy yêu cầu bảo hiểm: Số Hợp đồng bảo hiểm: Họ và tên người được yêu cầu trả lời: **PHẦN A - THÔNG TIN SỨC KHỎE**

1. Xin cho biết chẩn đoán cụ thể là gì?
2. Lần đầu tiên bệnh được phát hiện vào lúc nào? (ghi rõ tháng, năm): / /
3. Quý khách có từng làm xét nghiệm để đánh giá bệnh không? (Đánh dấu **X** vào cột **Có/Không**. Nếu trả lời **Có**, cho biết chi tiết theo bảng dưới đây. Nếu không đủ chỗ, xin ghi vào giấy rời)

Xét nghiệm	Thực hiện		Tháng/Năm	Kết quả (đính kèm bản copy kết quả nếu CÓ)
	Có	Không		
X quang				
Siêu âm				
XN máu:				
-				
-				
XN khác:				
-				
-				

4. Bệnh có triệu chứng như thế nào?
- Mô tả cụ thể triệu chứng của bệnh:
 - Quý khách có bị cứng khớp vào buổi sáng?
☐ **Có** ☐ **Không**
 - Thời gian cứng khớp kéo dài bao lâu?
 - Có bao nhiêu đợt bệnh tái phát trong 1 năm? (ghi cụ thể số lần)
 - Lần đau gần đây nhất xảy ra khi nào? (ghi rõ tháng, năm): / /
 - Các khớp nào trong cơ thể bị đau? (đánh dấu vào ô thích hợp):
☐ **Cổ** ☐ **Vai** ☐ **Khuỷu** ☐ **Cổ tay** ☐ **Ngón tay**
☐ **Hông** ☐ **Gối** ☐ **Cổ chân** ☐ **Gót chân** ☐ **Ngón chân**
 - Có biến dạng khớp không? ☐ **Có** ☐ **Không**
 - Các biến chứng khác (Nếu có vui lòng mô tả đầy đủ):
5. Quý khách có từng đi điều trị bệnh bằng phẫu thuật không?
- ☐ **Có** ☐ **Không**
- Nếu **Có**, cho biết cụ thể:
- Ngày phẫu thuật (ghi rõ tháng, năm): / /
 - Cơ sở y tế thực hiện phẫu thuật:

6. Ngoài ra, bệnh có phải tiến hành điều trị nào khác nữa không, bao gồm điều trị hoá chất, xạ trị, đông y, thuốc nam?

☐ Có

☐ Không

Nếu **Có**, cho biết cụ thể:

- Tên thuốc:

- Liều dùng, cách dùng và thời gian dùng:

7. **Hiện tại**, Quý khách đang phải điều trị hay tái khám theo dõi bệnh không?

☐ Có

☐ Không

Nếu **Có**, cho biết cụ thể:

- Ngày nhập viện:

- Cơ sở y tế nơi khám bệnh.

- Thuốc đang dùng (ghi rõ tên thuốc, liều lượng, cách dùng):

8. Bệnh có làm hạn chế hoạt động sinh hoạt của quý khách không?

☐ Có (cho biết cụ thể):

☐ Không

9. Lần sau cùng đi khám kiểm tra bệnh vào lúc nào? (ghi rõ ngày tháng năm):

10. Quý khách có phải dùng phương tiện hỗ trợ nào để đi lại không? (như: gậy, nạng, nẹp sắt, xe lăn,...)

☐ Có (cho biết cụ thể):

☐ Không

11. Quý khách có từng nghỉ làm việc hay tịnh dưỡng vì bệnh này không?

☐ Có (ghi rõ bao nhiêu lần):

☐ Không

12. Xin vui lòng cung cấp thêm bất kỳ thông tin nào (nếu có) liên quan đến sức khỏe của Quý khách mà chưa được đề cập ở trên để giúp cho việc thẩm định hồ sơ bảo hiểm của Quý khách được hoàn tất nhanh chóng.

PHẦN B - CAM KẾT

Tôi xin cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây cũng như bất cứ thông tin nào khác cung cấp cho Công ty đều là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi hiểu rằng tôi phải có trách nhiệm thông báo cho Công ty BHNT Dai-ichi Việt Nam bất kỳ sự thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của tôi, trước khi hợp đồng bảo hiểm được phát hành.

Tên và Chữ ký của Người trả lời: _____ Ngày ký: _____

(Nếu người được yêu cầu trả lời dưới 18 tuổi thì Bên mua bảo hiểm hoặc Cha/Mẹ ký tên)