: _____ : _____

病者過往是否患有相同或相似的疾病 若有，請提供日期及詳細疾病資料。 若沒有，閣下是否認為是次傷殘或疾病是由其他疾病 異常情況所導致　若是，請提供該疾病 異常情況之名稱及列明該情況如何與是次疾病有關。　請提供病者已知舊患之日期及詳情	☐ 否　☐ 是 發病日期　發病原因　治療　殘疾持續日期　主診醫生
閣下之最後診斷為何　診斷日期 診斷日期是否早於初次向閣下求診日期　問題　註明之答案　若是，請提供詳情。	最後診斷 診斷日期　月　日　年
請提供病者之完全傷殘時期　使病者無法從事任何可獲報酬的職業或工作 。 請提供病者之部份傷殘時期　使病者無法從事本身職業內一項或多項主要職責 。 閣下是否認為病者將維持上述傷殘情況，並需繼續接受醫療診治請列明原因。 上述之情況仍會持續多久　請詳述提供予病者康復治療之計劃。	由　月　日　年　至　月　日　年 由　月　日　年　至　月　日　年
閣下最近於何時約見病者 病者的情況如何	
閣下有否其他資料補充　若有，請詳述。	
請提供有關曾經治療此病者之醫生姓名及地址。	

本人現聲明本人曾提供治療予上述病者，就本人所知所信，上述的資料均為事實之全部，並確實無訛。

! 主診醫生簽名及蓋章　　醫院專科　單位　部門

! 主診醫生姓名　專業資格　　日期