KAISER PERMANENTE®

Kaiser On-the-Job®

初次工傷就診問卷 / INITIAL INDUSTRIAL VISIT QUESTIONNAIRE

此表應由受傷僱員因工傷或職業性疾病在第一次就診時填寫 /
To be completed by the injured worker at the initial visit for an industrial injury or illness

MR #:

Name:

IMPRINT AREA

請用工整字體填寫

您的資料

姓	名	性別 ☐ 男 ☐ 女	出生日期	社會安全號碼

住址	城市	州，郵政編碼

家中電話	其他電話	工作電話

職位或工作類別	您是碼頭裝卸工人嗎? ☐ 是 ☐ 否

僱主資料

公司名稱	主管/聯繫人	主管/聯繫電話

公司地址	城市	州，郵政編碼

有關您的受傷或疾病

當您受傷或生病的時候，您在甚麼地方? (如果與公司地址不同，請寫明地點)

您受傷或生病的日期	時間 ☐ 上午 ☐ 下午	最後一次上班的日期

您是否已向公司報告? ☐ 是 ☐ 否	所有因工受傷的僱員都必須填寫勞工保險索償表 (FORM DWC-1)。您是否已填寫並將表格交回給僱主? ☐ 是 ☐ 否

您是否因這次受傷或職業病看過 KAISER 醫生? ☐ 是 ☐ 否

您是否因這次受傷或職業病看過其他的醫生? ☐ 是 ☐ 否 如果看過，在哪裡?

您是怎樣受傷或導致這職業病的? 請描述其發生的過程和您身體哪些部位受到影響

任何人如有意偽造或導致以虛假或欺騙的實質聲明或表述而取得或拒絕賠償工傷福利或付款將會構成重罪。/ ***Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.***

簽名 / SIGNATURE	日期 / DATE SIGNED

此項僅由院方使用: 保險驗證 / **FOR OFFICE USE ONLY:** INSURANCE VERIFICATION