

癲癇問卷

要保人姓名：	被保險人姓名：
保單號碼：	招攬單位：

承蒙 台端投保本公司保險；深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能予以補充說明，敬請填寫本問卷後回覆本公司為荷，在此感謝您的合作！

1、台端大約於何時發現有癲癇疾病？_____年_____月_____日，就診醫院名稱？_____

2、第一次發作治療後是否有再發作？

否

是，復發的次數？約_____次，為大發作或小發作？_____發作時間？_____

發作因素為何？ 運動、用力、緊張或興奮、飲食、其他(請詳述) _____

症狀為何？ 單純性或局部性、失神性發作、強直性痙攣發作、癲癇性肌痙攣病

其他(請詳述) _____

3、是否持續治療？

否

是，服用藥物之名稱？何時服用（或一天幾次）？一次幾粒？目前狀況如何？

4、是否曾因癲癇發作住院？

否

是，住院次數？約_____次，大約住院日期？_____，住院天數？約_____天

5、其他補充事項：

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____

中華民國_____年_____月_____日

