



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
-------	-------	--------

本人申請 貴公司保險，補充說明如下：

- 何時發現？_____年_____月
 - 當時發生症狀為何？突然昏倒 抽搐 其他，請詳述：_____。
 - 造成之病因為何？先天性 意外造成 腫瘤 其他，請說明_____。
 - 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。
- 病情說明：
 - 每年平均發作次數？_____次，每次發作時間持續多久？_____；
 - 最近一次發作時間：_____年_____月。
 - 最常發作時間？

白天 晚上 刺激過後 飲酒後 精神焦慮 氣候或環境 無特定因素

其他，請詳述：_____。
 - 癲癇型態？單純性或局部性（請詳述部位）_____ 失神性發作 強直性痙攣發作

癲癇性肌痙攣病 其他，請詳述：_____。
 - 症狀？（可複選）

意識不清 失去意識 抽搐 頭昏眼花、暈眩 嗜睡 其他_____。
 - 是否曾在癲癇發作或昏倒時受傷？否 是，請詳述：_____。
 - 是否因該疾病影響您的工作或不能工作？否 是，請詳述：_____。
- 治療過程（可複選）

門診

住院，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

服藥治療，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋），劑量：_____；

是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。

未接受治療

其他（請說明治療方式及時間）：_____。
- 治療結果及目前狀況（可複選）

已痊癒不再門診追蹤，最近一次就診時間：_____年_____月。

定期門診，多久追蹤一次：_____，最近一次就診時間：_____年_____月。

仍需服藥治療：長期服用 有需要時服用，

藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋），劑量：_____。

最近一次接受檢查項目（可複選）及結果
 - 檢查時間：_____年_____月
 - 檢查項目及結果：（※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告）

腦波圖（正常 異常 不確定） 電腦斷層掃描（正常 異常 不確定）

其他，請說明：_____（正常 異常 不確定）。
- 您是否有機汽車駕照？否 是；是否駕駛機汽車上下班？否 是。

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日