



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：

1. 何時發現或最初發作的時間？_____年_____月，

(1)當時發生症狀為何？突然昏倒 抽搐 意識喪失 其他，請詳述：_____。

(2)造成之病因為何？先天性 頭部外傷 腦腫瘤 腦部感染 中風 出生時腦部受損
其他，請說明_____。

2. 病情說明：

(1)每年平均發作次數？_____次，每次發作時間持續多久？_____；

(2)最近一次發作時間：_____年_____月。

(3)最常發作時間(可複選)？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：_____。

(4)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：_____。

(5)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，請詳述：_____。

(6)是否曾在癲癇發作或昏倒時受傷？否 是，請詳述：_____。

(7)是否因該疾病影響您的工作或不能工作？否 是，請詳述：_____。

3. 治療過程(可複選)

門診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。

急診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。

住院，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

服藥治療，藥物名稱及劑量：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方簽)；
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，
若為腫瘤切除/摘除，請說明病理切片結果：良性 惡性 不明 (請提供病理切片報告)。

迷走神經刺激療法。

其他(請說明治療方式及時間)：_____。

未接受治療。

4. 是否曾接受相關檢查項目(可複選)？否 是，

(1)檢查時間：_____年_____月。

(2)檢查項目及結果：(*若有「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

腦波圖 (正常 異常 不確定) 腦部電腦斷層 (正常 異常 不確定)

核磁共振 (正常 異常 不確定)

其他，請說明：_____ (正常 異常 不確定)。

5. 治療結果及目前狀況

(1)是否持續定期追蹤治療？否 是，多久追蹤一次：_____。

(2)最近一次就診時間：_____年_____月，追蹤結果如何？_____。

(3)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：_____。

6. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：_____。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名)

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日