



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