

癫痫问卷

被保险人姓名	身份证/护照/军官证号码	投保单号码
--------	--------------	-------

1. 发病状况：
首次发作日期_____ 最近一次发作日期 _____
每次发作的持续时间_____ 每年发作次数和频度_____
请描述发病时的症状

2. 是否接受过诊断及任何治疗？
a) 是否至医院明确诊断（请告知医院名称）？及诊断结果（癫痫大发作、癫痫小发作等）

b) 何时开始治疗？使用何种药物治疗？请详述具体药物名称及用法。

c) 用药后病情是否得到控制？ _____
d) 最后一次接受治疗是在什么时间？ _____
e) 是否停药？如是，请告知停药原因及日期。

3. 是否因癫痫而改变职业或住所？您目前是否能正常地从事工作？

4. 是否因上述疾病住院诊治或无法工作？（如是，请详述就诊医院名称及住院日期）

本人谨此声明以上说明属实，并与其他告知事项一样，均构成贵公司之保险合同一部分。

投保人签署

被保险人签署（若为未成年人则由其法定监护人签名）

见证人签署

_____年____月____日 在_____签署