

**高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心**  
**持癲癇身心障礙證明者報名參訓【疾病資料表】**

**【填寫說明】**

本中心身心障礙者職業訓練之招收持癲癇證明者參訓【詳見招生簡章】，為維護參訓學員訓練期間之安全及訓練績效，請持癲癇身心障礙證明者返回原治療醫事機構，由原診療之神經內科醫師詳填此表。

<b>病患基本資料</b>			
病患姓名		身分證字號	
<b>填表醫師資料</b>			
醫師姓名		服務單位／科別	
聯絡電話			
<b>癲癇病患者疾病史</b>			
1.請問病患罹患癲癇疾病時間？造成個案癲癇之病因為？			
2.病患有無合併其他內、外科疾病或精神疾病？			
3.病患癲癇發作情形與發作頻率？			

4.易誘發病患癲癇發作的因素？

5.病患癲癇發作時的處理方式？

6.病患已經接受藥物治療時間？是否仍須長期規則服用抗癲癇藥物？

7.病患目前服用何種抗癲癇藥物？是否有藥物副作用？為何？

8.病患的醫囑遵從性是否良好？

9.病患有無抽煙、酗酒、嚼檳榔或藥物濫用的習慣？

感謝您的配合！ 貴醫師有無其他建議：

填表日期／時間

