|  |
| --- |
| 台灣癲癇醫學會癲癇懷孕婦女藥物濃度檢測費用補助申請單 |
| 孕婦姓名 |  | 生日 |  年 月 日 | 身份證字號 |  |
| 戶籍地址 |  |
| 檢查日期 | 年 月 日 |
| 預產期 |  年 月 日 |
| 聯絡電話 |  | 手機 |  |
| 使用藥物名稱 | 1. 2. 3. 4.  | 使用劑量 |  天 次1.⬜早 ⬜中 ⬜晚 ⬜睡前 天 次2.⬜早 ⬜中 ⬜晚 ⬜睡前 天 次3. ⬜早 ⬜中 ⬜晚 ⬜睡前 天 次4. ⬜早 ⬜中 ⬜晚 ⬜睡前 |
| 檢測藥物名稱 |  |
| 藥物檢測結果 |  |
| 檢查單位(簽章) |  |
| 費用補助匯款帳號 | 1. 郵局：局號 帳號 戶名：  |
| 2. 銀行： 銀行 分行，帳號：  戶名：  |