|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | | | | | |