

# 台灣癲癇醫學會

## 一〇三年度實用癲癇知識研習會

主辦單位：台灣癲癇醫學會、中國醫藥大學附設醫院小兒神經科、台南成大醫院癲癇科、台北榮民總醫院神經醫學中心

協辦單位：賽諾菲股份有限公司

前言：輔導學校教職人員、公務人員及社會大眾正確認識癲癇學習發作時之正確處理方法，預防癲癇患者及學童在工作場合、校園及日常生活中發生傷害。並結合社區醫療資源與社會大眾共同維護與促進癲癇患者及學童之生活品質。

對象：(一) 校內有癲癇個案之班導師。

(二) 校內之行政人員、護理人員、導師、衛生組長等。

(三) 內政部所屬機關之員工。

(四) 關心癲癇且對正確處理癲癇發作有興趣之學生家長、社會人士等。

費用：免費

報名辦法：

1. 採通訊報名，請務必事先報名，以利統計人數。請郵寄、傳真或 e-mail 報名，報名表格請至本會網站 [www.epilepsy.org.tw](http://www.epilepsy.org.tw) 下載，名額有限，請及早報名，所有參加人員請務必於 103 年 6 月 26 日中午 12:00 前報名，按收到報名表之先後安排名額。請將報名表郵寄至台北市石牌路二段 201 號台灣癲癇醫學會收。

傳真：(02)2876-2891 或 E-mail：[epil1990@ms36.hinet.net](mailto:epil1990@ms36.hinet.net)

2. 報名至 6 月 26 日 (四) 中午 12:00 截止。

3. 請於 6 月 27 日 (五) 下午 15:00 起至台灣癲癇醫學會網站 <http://www.epilepsy.org.tw> 查詢報名結果。(無需電話查詢)

4. 本活動提供護理師/士學分 2 分及公務人員終身學習積分 2 小時。

5. 所有參加者，請務必事先向學會秘書處報名，以利準備相關資料。

備註：本活動參加對象以學校之校護及行政人員為優先。

※ 時間：103 年 7 月 9 日 (三) 名額 260 名

地點：台北榮總致德樓 第二會議室 (台北市北投區石牌路 322 號)

時間	題目	主講人
13:00-13:30 (30)	報到	
13:30-13:40 (10)	理事長致詞	台灣癲癇醫學會 理事長 關尚勇醫師
13:40-14:40 (60)	認識癲癇	台灣癲癇醫學會 秘書長 陳倩醫師
14:40-15:10 (30)	癲癇發作時之處置與治療	振興醫院 小兒神經科 蔡明蘭醫師
15:10-15:25 (15)	休息	
15:25-15:55 (30)	癲癇之社會觀	國泰醫院汐止分院 神經內科 曾元孚醫師
15:55-16:15 (20)	綜合討論	全體醫師

※ 時間：103年7月16日(三) 名額300名

地點：中國醫藥大學 互助大樓1樓 1A01教室(台中市北區學士路91號)

時間	題目	主講人
13:00-13:30(30)	報到	
13:30-13:40(10)	理事長致詞	台灣癲癇醫學會 理事長 關尚勇 醫師
13:40-14:40(60)	認識癲癇	彰化基督教醫院 小兒神經科 張明裕 醫師
14:40-15:10(30)	癲癇發作時之處置與治療	中國醫藥大學附設醫院 小兒神經科 張鈺孜 醫師
15:10-15:25(15)	休息	
15:25-15:55(30)	癲癇之社會觀	彰化基督教醫院 神經內科 陳大成 醫師
15:55-16:15(20)	綜合討論	全體醫師

※ 時間：103年7月23日(三) 名額228名

地點：成大醫學院 一樓 第三講堂(台南市勝利路138號)

時間	題目	主講人
13:00-13:30(30)	報到	
13:30-13:40(10)	理事長致詞	台灣癲癇醫學會 理事長 關尚勇 醫師
13:40-14:40(60)	認識癲癇	成大醫院 癲癇科 蔡景仁 醫師
14:40-15:10(30)	癲癇發作時之處置與治療	成大醫院 神經內科 黃欽威 醫師
15:10-15:25(15)	休息	
15:25-15:55(30)	癲癇之社會觀	新樓醫院 神經內科 謝鎮陽 醫師
15:55-16:15(20)	綜合討論	全體醫師

一〇三年學校行政人員實用癲癇知識研習會  
報名表

傳真：02-28762891 或 E-mail：[epil1990@ms36.hinet.net](mailto:epil1990@ms36.hinet.net)  
(請用標準字體，字跡必須清晰易辨，不符填寫，可自行影印)

請勾選☐	
<input type="checkbox"/> 103年7月9日(三)台北榮總致德樓第二會議室 <input type="checkbox"/> 103年7月16日(三)中國醫藥大學互助大樓1樓1A01教室 <input type="checkbox"/> 103年7月23日(三)成大醫學院一樓第三講堂	
※ 姓名：(請務必填寫)	服務機關/學校：
	服務單位：
	職稱：
E-mail：	身份證字號：(學分登錄)
電話(O)：	電話(H)：