**社團法人台灣龐貝氏症協會**

表2

**病友資料表**

（本欄由工作人員填寫）

病友編號：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 您的姓名： | | | | | 性別：  □男□女 | | 生日：  年 　月 　日 | | 身分證字號： | | |
| 戶籍地址：□□□ | | | | | | | | | 電話：（ ） － | | |
| 傳真：（ ） － | | |
| 通訊地址：□□□ | | | | | | | | | 手機： | | |
| e-mail： | | |
| 您已具備的福利服務項目：  □全民健保　□重大傷病卡，病名：  □身心障礙手冊，類別： 　 ；等級：  □身心障礙者生活津貼：每月 元  □遲緩兒童療育補助（每月訓練費 元；交通費 元）  □中低收入戶生活補助，每月補助 元整  □其他（例如保險，請說明： ） | | | | | | | | | | | |
| 身分別：□一般（無以下身分）□獨居□單親家庭□原住民（ 族）□外籍人士（國籍　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 您的家庭成員（以居住在同一地方的親屬為主，不足則請寫在背面） | | | | | | | | | | | |
| 稱謂 | 姓名 | | 出生（年月日） | | | 學歷 | | 職業 | 聯絡電話 | 健康狀況 | |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  | |
| 你的兄弟姊妹情況：（不含自己）  □沒有 □有 位，罹病 位 | | | | 您的婚姻情況：  □未婚□已婚□離婚□喪偶 | | | | | 生育子女數：  □沒有 □有 位，罹病 位 | |
| 您的教育現況： | | □已畢業（學校／科系：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）□尚未就學（因為：□年齡未到□無法就學　　□其他： 　 ）  □在學（學校／科系：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 您的就業現況： | | □就業中（職業： ）  □未就業（因為：□年齡不適合□在學□家庭□其他原因： ）  □需要就業協助（說明：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

填表日期： 年/ 月/ 日

（本處由工作人員填寫）

收件日期／簽章：　　　　建檔日期／簽章：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 您家庭的主要經濟提供者：  □自己本身 □父親 □母親 □配偶 □兄弟姊妹 □其他（來源： ） | | | | |
| 您家庭的主要經濟提供者現在的就業情形：  □就業中 □未就業 | | | | |
| 您主要照顧者：□父親 □母親 □兄弟姊妹 □配偶 □子女 □自己 □看護 □其他：  姓名／聯絡電話、手機： | | | | |
| 您是否接受過其他單位補助：  □沒有 □有，補助單位/項目/金額如下：  單 位 名 稱 補助項目 金 額  1.  2.  3.  4. | | | 您是否已經加入任何社會福利團體或病友團體：  □沒有 □有，  團體名稱： 協助項目：  1.  2.  3.  4. | |
| 您是否希望收到本會的會訊或疾病衛教單張：□是 □否 | | | | |
| 您方便聯絡時間： | □上午， 　　 時段； | □下午， 　　 時段； | | □晚上， 　　 時段； |
| □假日， 　　 時段； | □其他： | | |
| 您配合本會宣導活動而接受傳播媒體採訪的意願：□願意 □不願意 | | | | |
| 您目前需要協助的困擾：*(可複選，並請儘量說明）*  □疾病治療的相關問題（請說明： ）  □疾病的藥物及營養品問題（請說明： ）  □社會福利問題（□重大傷病卡取得問題、□身心障礙手冊取得問題、□其他 ）  □早期療育相關問題（請說明： ）  □就學相關問題（請說明： ）  □就業相關問題（請說明： ）  □安養相關問題（請說明： ）  □情緒、心理相關問題（請說明： 　　　　 ）  □生活、經濟相關問題（請說明： ）  □其他（請說明： 　　 ） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 您的主治醫師群：*（請儘量填寫，可註明各醫院或科別的醫師）*  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  主治醫師： 醫院名稱 / 科別： 醫院 科 聯絡電話：（ ）  復健、物理治療等機構*（請儘量填寫，如果沒有就省略）*  機構名稱： 協助內容： 聯絡電話：（ ）  機構名稱： 協助內容： 聯絡電話：（ ）  機構名稱： 協助內容： 聯絡電話：（ ） | |
| 其他疾病描述：*（*請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助*）*    目前的症狀： | |
| 您目前的疾病醫療情形：（請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助）  核磁共振(MRI):位置/頻率12 3 4  電腦斷層(CT)：位置/頻率1 2 3 4  X光照片：位置/ 頻率 12 3 4  腦 波：位置/頻率 12 3 4  臉部處理：位置/頻率 12 3 4  其他疾病處理情形：位置/頻率1 2 3 4 | |
| 您有使用其它藥物：  藥名： 藥名：  藥名： 藥名：  藥名： 藥名： | 您有使用特殊輔具需求：  □沒有 □有，輔具品名： |

|  |
| --- |
| **您需要協會什麼樣的幫助：(您的權益，請不要放棄！)** |

證件黏貼表

如果您有現成的「診斷證明書」和以下證件，可以影印一份給我們，讓我們以後能提供

正確的疾病知識及適合的服務給您；另外，為讓工作人員能認識您，也請您儘量能夠提供一張照片，好讓我們能透過照片和您溝通。

|  |  |
| --- | --- |
| 【重大傷病卡】正面影本  黏貼處 | 【殘障手冊】正面影本  黏貼處 |

備註：「診斷證明書」（影本）請裝訂在後

說明：（1）本表由病友填寫。（2）工作人員在初步確認疾病符合本會服務範圍後提供本表，負責社工員收件後，應編號、歸檔、鍵入資料庫，並進行需求評估。

**我們需要您的合作，請儘量填寫；也希望家屬有空可以擔任義工，彼此互助合作，一起努力！**

**註：如您的地址及連絡電話、e-mail有變更，請告知協會，感謝您。**