

社團法人台灣龐貝氏症協會

病友資料表

(本欄由工作人員填寫)

病友編號：_____

填表日期：____年/____月/____日

您的姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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：						
<input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡，病名：_____						
<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊，類別：_____；等級：_____						
<input type="checkbox"/> 身心障礙者生活津貼：每月_____元						
<input type="checkbox"/> 遲緩兒童療育補助（每月訓練費_____元；交通費_____元）						
<input type="checkbox"/> 中低收入戶生活補助，每月補助_____元整						
<input type="checkbox"/> 其他（例如保險，請說明：_____）						
身分別： <input type="checkbox"/> 一般（無以下身分） <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 原住民（_____族） <input type="checkbox"/> 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）		您的婚姻情況：		生育子女數：		
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有_____位，罹病_____位		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有_____位，罹病_____位		
您的教育現況： <input type="checkbox"/> 已畢業（學校/科系：_____） <input type="checkbox"/> 尚未就學（因為： <input type="checkbox"/> 年齡未到 <input type="checkbox"/> 無法就學 <input type="checkbox"/> 其他：_____） <input type="checkbox"/> 在學（學校/科系：_____）						
您的就業現況： <input type="checkbox"/> 就業中（職業：_____） <input type="checkbox"/> 未就業（因為： <input type="checkbox"/> 年齡不適合 <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____） <input type="checkbox"/> 需要就業協助（說明：_____）						

您家庭的主要經濟提供者： <input type="checkbox"/> 自己本身 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他(來源：_____)																										
您家庭的主要經濟提供者現在的就業情形： <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 未就業																										
您主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 其他：_____																										
姓名／聯絡電話、手機：_____																										
您是否接受過其他單位補助： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，補助單位/項目/金額如下： <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">單位名稱</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">補助項目</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	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： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有， <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">團體名稱：</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">協助項目：</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	團體名稱：	協助項目：	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____
單位名稱	補助項目	金額																								
1. _____	_____	_____																								
2. _____	_____	_____																								
3. _____	_____	_____																								
4. _____	_____	_____																								
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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																										
您方便聯絡時間：	<input type="checkbox"/> 上午，_____ 時段； <input type="checkbox"/> 下午，_____ 時段； <input type="checkbox"/> 晚上，_____ 時段； <input type="checkbox"/> 假日，_____ 時段； <input type="checkbox"/> 其他：_____																									
您配合本會宣導活動而接受傳播媒體採訪的意願： <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意																										
您目前需要協助的困擾：(可複選，並請儘量說明)																										
<input type="checkbox"/> 疾病治療的相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 疾病的藥物及營養品問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 社會福利問題 (<input type="checkbox"/> 重大傷病卡取得問題、 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊取得問題、 <input type="checkbox"/> 其他_____)																										
<input type="checkbox"/> 早期療育相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 就學相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 就業相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 安養相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 情緒、心理相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 生活、經濟相關問題 (請說明：_____)																										
<input type="checkbox"/> 其他 (請說明：_____)																										

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

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。

<p>【重大傷病卡】正面影本 黏貼處</p>	<p>【殘障手冊】正面影本 黏貼處</p>
----------------------------	---------------------------

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。