

## 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：_____		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

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1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_

電腦斷層(CT)：位置/頻率1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_

X光照片：位置/ 頻率 1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_

腦 波：位置/頻率 1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_ 4\_\_\_\_\_

臉部處理：位置/頻率 1\_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_ 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。

<p style="text-align: center;"><b>【重大傷病卡】正面影本 黏貼處</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>【殘障手冊】正面影本 黏貼處</b></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。**