2004.10.01 製表

社團法人台灣弱勢病患權益促進會
醫療弱勢病患資料表

（本欄由工作人員填寫）
病友編號：_____

填表日期：__年__月__日

病友姓名：	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：

病友疾病名稱： 中文： 英文：(請參考診斷證明或重大傷病卡)	病友已具備的福利服務項目： □全民健保　□重大傷病卡，病名：_____ □身心障礙證明，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　　)

病友的家庭成員(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

病友的兄弟姊妹情況：(不含自己) □沒有 □有____位，罹病__位	病友的婚姻情況： □未婚□已婚□離婚□喪偶	病友生育子女數： □沒有 有__位，罹病__位

病友的教育現況：
□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：_____)

病友的就業現況：
□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：_____)

(本處由工作人員填寫)

收件日期／簽章：　　建檔日期／簽章：

病友家庭的主要經濟提供者：

□病友本身 □父親 □母親 □配偶 □兄弟姊妹 □其他(來源:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

病友家庭的主要經濟提供者現在的就業情形：

□就業中 □未就業

病友的主要照顧者：□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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病友是否接受過本會醫療補助或生活救助：	病友是否接受過其他單位補助：
□沒有□有，接受補助項目為： □醫療補助：＿＿＿次，共＿＿＿＿＿元 （接受補助日期：＿＿＿＿＿＿） □生活救助：＿＿＿次，共＿＿＿＿＿元 （接受補助日期：＿＿＿＿＿＿）	□沒有 □有，補助單位/項目/金額如下： 單位名稱　　補助項目　　金額

病友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：1.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿協助項目：＿＿＿＿＿＿＿＿

2.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿協助項目：＿＿＿＿＿＿＿＿

病友或家屬方便聯絡時間：	□上午，＿＿＿＿時段； □下午，＿＿＿時段；□晚上，＿＿時段； □假日，＿＿＿＿時段； □其他：

病友或家屬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

病友或家屬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、□身心障礙證明取得問題、□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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

病友的主治醫師群：*（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

主治醫師：＿＿＿＿＿醫院名稱 / 科別：＿＿醫院＿＿科

主治醫師：＿＿＿＿＿醫院名稱 / 科別：＿＿醫院＿＿科

主治醫師：＿＿＿＿＿醫院名稱 / 科別：＿＿醫院＿＿科

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：＿＿＿＿＿＿

機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿協助內容：＿＿＿＿＿＿

病友的疾病過程描述：*（請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助）*

發病的時間：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

發病的過程：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

目前的症狀：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病友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）*

就醫情形（治療、用藥等）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

其他情形（營養控制、復健）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病友有使用特殊藥品需求：	病友有食用特殊營養品需求：
□沒有　□有，藥名：	□沒有　□有，營養品名：

您有話想說：*（歡迎自由抒發……）*

證件黏貼表

※請務必提供疾病診斷證明書，以初步確認疾病是否符合本會服務範圍※

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認識您。

【重大傷病卡】正面影本 黏貼處 *若重大傷病卡已註記於 IC 卡時，* *請附重大傷病核定審查通知書影印本*	【身障證明】正反面影本 黏貼處
【近期生活照或二吋半身照】 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，該病類負責社工員收件後，應編號、歸檔、鍵入資料庫，並進行需求評估。