

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： <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：				
病友疾病名稱： 中文：		病友已具備的福利服務項目：				
英文：(請參考診斷證明或重大傷病卡)		<input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡，病名：_____				
		<input type="checkbox"/> 身心障礙證明，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)						
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)		病友的婚姻情況：		病友生育子女數：		
<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		
病友的教育現況： <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：_____)						
病友的就業現況： <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：_____)						

病友家庭的主要經濟提供者：										
<input type="checkbox"/> 病友本身 <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：_____)										
病友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										
病友的主要照顧者： <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：_____										
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：									
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，接受補助項目為：	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，補助單位/項目/金額如下：									
<input type="checkbox"/> 醫療補助：_____次，共_____元 (接受補助日期：_____)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>單位名稱</th> <th>補助項目</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	單位名稱	補助項目	金額						
單位名稱	補助項目	金額								
<input type="checkbox"/> 生活救助：_____次，共_____元 (接受補助日期：_____)										
病友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，團體名稱：1. _____ 協助項目：_____										
2. _____ 協助項目：_____										
病友或家屬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										
病友或家屬方便聯絡時間：	<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：									
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： <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 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)										
<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"/> 身心障礙證明取得問題、 <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：_____)										

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 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：（ ）_____	
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： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，藥名：_____	病友有食用特殊營養品需求： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 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。

<p>【重大傷病卡】正面影本 黏貼處</p> <p>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</p>	<p>【身障證明】正反面影本 黏貼處</p>
<p>【近期生活照或二吋半身照】 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，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。