

親愛的家長您好：

您寶貝的孩子生病了，我們跟您一樣萬般不捨。我們明白您跟孩子即將面臨的挑戰與考驗，但是我們也想告訴您，孩子在正規的醫療團隊治療與社會大眾的支持鼓勵下，有極高的治癒機會。在孩子治療歷程中，我們提供醫療諮詢、講座及藥物、經濟補助外，也關心孩子身心靈的成長，舉辦多元的友善活動。您跟您的孩子不是孤單在面對疾病與治療，我們願意提供最真誠的精神支持與專業服務與您們一起用愛戰勝疾病。

中華民國兒童癌症基金會敬上

(一) 基本資料填寫(請家屬填寫)

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_ 出生日期(西元)：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 性別：男 女 就醫醫院：\_\_\_\_\_ 科別：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_  
 目前通訊地址：\_\_\_\_\_  
 電子信箱：\_\_\_\_\_  
 發病前居住地：\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_鄉鎮區域； 海外：\_\_\_\_\_  
 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手機：父\_\_\_\_\_ 母：\_\_\_\_\_

(二) 家庭狀況

- 1、父親姓名：\_\_\_\_\_ 出生年份：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_ 教育程度：\_\_\_\_\_ 出生地：\_\_\_\_\_  
 母親姓名：\_\_\_\_\_ 出生年份：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_ 教育程度：\_\_\_\_\_ 出生地：\_\_\_\_\_  
 2、手足稱呼：兄 \_\_\_\_\_人\_\_\_\_\_歲；姐 \_\_\_\_\_人\_\_\_\_\_歲；弟 \_\_\_\_\_人\_\_\_\_\_歲；妹 \_\_\_\_\_人\_\_\_\_\_歲  
 3、同住成員 父親 祖父 外祖父 兄弟姐妹\_\_\_\_\_  
母親 祖母 外祖母 其它\_\_\_\_\_  
 4、宗教信仰 佛教 道教 基督教 天主教 回教 民間信仰 其它\_\_\_\_\_  
 5、經濟狀況(家庭月收入)  
 30,000 元以下  30,000 元-100,000 元  100,000 元-150,000 元  150,000 元以上  
 6、主要照顧者 父親 母親 祖父 祖母 外祖父 外祖母 外傭看護 保母 其它\_\_\_\_\_  
 7、福利身份 一般戶 中低收入戶 低收入戶  
 8、目前是否有身心障礙 無 有：\_\_\_\_\_；家人身心障礙 無 有：\_\_\_\_\_  
 9、此次住院保險情形 無 有( 全民健康保險 商業保險 學生平安保險 其它：\_\_\_\_\_) )  
 10、就學情形 就學中\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_學校\_\_\_\_\_年級  
在家教育 休學中 未達上學年齡 其它：\_\_\_\_\_

(三) 健康史

- 1、受孕方式 自然受孕 人工生殖 打排卵藥 試管嬰兒多胞胎  
 2、其他疾病 無 有(病名：唐氏症氣喘心臟病免疫疾病遺傳疾病其它\_\_\_\_\_) )  
 是否有住院經驗 住院原因：1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 3、飲食習慣 家人準備 外食 偏食 飲食型態：葷食 素食 其他可簡述\_\_\_\_\_  
 飲食型態(可複選) 米飯麵類 高油脂(炸雞薯條) 蔬菜水果 零食類請描述\_\_\_\_\_

4、同住成員是否有人吸菸 無 有 (若有請續填下面問題)。

吸煙者身份：\_\_\_\_\_吸菸數量(天)：<1包 >1包 吸菸地點：室內 室外 都有

抗癌小勇士是否吸菸：無 有，若有吸菸數量(天)：<1包 >1包

吸菸地點：室內 室外 都有，開始吸煙年紀：\_\_\_\_\_歲

5、直系親屬三等親中親屬有無罹患癌症 無 有  
(病名\_\_\_\_\_，與抗癌小勇士之關係\_\_\_\_\_)

(四) 發病經過

1、基本資料：身高\_\_\_\_\_體重\_\_\_\_\_，與發病前體重相比相同 減少\_\_\_\_\_ 增加\_\_\_\_\_

2、病童初發病日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，症狀：\_\_\_\_\_

就診診所或醫院：\_\_\_\_\_處置：\_\_\_\_\_

(五) 是否申請抗癌小勇士新個案關懷補助金貳萬元整 申請 不申請

補助支票抬頭人\_\_\_\_\_ (與抗癌小勇士關係\_\_\_\_\_) 申請日期：\_\_\_\_\_

我們將在接到您申請書的下個月底，跟您聯繫支票領取簽收事宜

您是否希望收到兒童癌症基金會會訊及活動訊息 是 不是

(六) 個人資料收集聲明

本會在蒐集、處理個人資料過程，本於誠信、合法之方式，個別資訊不會被公開。

本人清楚及同意上述所提供資料將作為參與本會相關補助及活動(醫療座談會、親子聯誼活動等)使用。

監護人請簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

● 以下由醫護人員填寫

診斷與治療 (視同診斷證明書，請主治醫師填寫)：

診斷名稱：

腫瘤部位：

診斷日期：

治療計畫：

主治醫師簽章：

【依BM日或OP日為基準】

家庭狀況(含家族樹狀圖) (請社工師或護理人員填寫)

簽名或蓋章：

執行長		會務主任		承辦人	
-----	--	------	--	-----	--