



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。

兒童基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證字號		出生日期	西元 年 月 日
就學情形	<input type="checkbox"/> 未達上學年齡 <input type="checkbox"/> 休學中 <input type="checkbox"/> 在家教育 <input type="checkbox"/> 其他/說明： <input type="checkbox"/> 就學中 _____ 縣市 _____ 學校 _____ 年級		

兒童其他資料

受孕方式	<input type="checkbox"/> 自然受孕 <input type="checkbox"/> 人工授孕 <input type="checkbox"/> 試管嬰兒 <input type="checkbox"/> 打排卵針		
過去病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 唐氏症 <input type="checkbox"/> 早產兒 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 免疫疾病 <input type="checkbox"/> 遺傳疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____)		
住院經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(原因：_____)	身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(類別/程度：_____/_____) (津貼金額：_____)
是否吸菸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(開始吸菸年紀____歲 /吸菸地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 都有 /平均一包吸____天)		
飲食習慣 (常態) (可複選)	<input type="checkbox"/> 自行烹飪 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 母乳	飲食型態 (每星期食用 5-6次以上) (複選)	<input type="checkbox"/> 五穀根莖類 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 豆類製品 <input type="checkbox"/> 海鮮類 <input type="checkbox"/> 蔬菜類 <input type="checkbox"/> 蛋 <input type="checkbox"/> 奶類 <input type="checkbox"/> 水果類 <input type="checkbox"/> 保健食品 <input type="checkbox"/> 高油脂類 <input type="checkbox"/> 含糖類飲料 <input type="checkbox"/> 加工食品類
發病經過	身高_____公分/體重_____公斤 發病前體重相比 <input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 減少_____公斤 <input type="checkbox"/> 增加_____公斤 <input type="checkbox"/> 不清楚 第一次就醫日期_____年 _____月 _____日，症狀_____ 就醫診所或醫院_____，處置_____		
保險情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 學生平安保險 <input type="checkbox"/> 其他_____)		
主要照顧者	姓名_____ 與兒童之關係_____ 電話_____ 手機_____		

家庭基本資料

父親姓名		出生年份		教育程度		職業		電話	家電 手機
<input type="checkbox"/> 原住民/族名：_____ <input type="checkbox"/> 新住民/國籍：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____									
母親姓名		出生年份		教育程度		職業		電話	家電 手機
<input type="checkbox"/> 原住民/族名：_____ <input type="checkbox"/> 新住民/國籍：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____									
手足	兄_____人/出生年份_____；弟_____人/出生年份_____ 姐_____人/出生年份_____；妹_____人/出生年份_____								
同住成員	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 外祖父 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹_____ <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 外祖母 <input type="checkbox"/> 其它_____								

收案編號：

家庭基本資料

通訊地址	
發病時居住地	<input type="checkbox"/> 同上 _____ 縣市_____ 鄉鎮區域 / 海外_____
電子信箱	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他_____ 電子信箱_____
訂閱會訊 (免費刊物)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是【寄送方式： <input type="checkbox"/> 紙本(寄送至通訊地址) <input type="checkbox"/> 電子(寄送至電子信箱)】 ※為避免收不到電子會訊，請將基金會 mail 加入通訊錄 ccf168.roc@gmail.com

家庭其他資料

宗教信仰	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 其他_____
福利身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢兒少生活扶助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 育兒津貼 <input type="checkbox"/> 特殊境遇/說明：_____ <input type="checkbox"/> 民間單位/說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
經濟狀況 (家庭年收)	<input type="checkbox"/> 30 萬元以下 <input type="checkbox"/> 30 萬-50 萬元 <input type="checkbox"/> 50 萬-70 萬元 <input type="checkbox"/> 70 萬-120 萬元 <input type="checkbox"/> 120 萬元以上
家人 身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(類別_____ 程度_____ 津貼金額_____ 稱謂_____)
同住者吸菸	稱謂_____ ①開始吸菸年紀____歲 ②吸菸地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 都有 ③平均一包吸____天 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 稱謂_____ ①開始吸菸年紀____歲 ②吸菸地點： <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 都有 ③平均一包吸____天
癌症家族史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，癌症名稱/與兒童之關係：

申請資料(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)

新個案關懷補助金貳萬元整<良性腦瘤補助另訂>	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 不申請		
補助支票抬頭人(請正楷書寫清楚)		申請日期	

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。凡向本會申請補助者，本會將視情況關懷訪視，如拒絕或有與本會辦法規定事項不符者，本會得取消申請資格。

填表人請簽名_____ 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(請寫英文診斷)		就醫醫院	
		病歷號	
診斷日期(依 BM 日或 OP 日為基準)		科別	
腫瘤部位		主治醫師	
治療計畫			

家庭狀況描述(含家族樹狀圖)(請社工師填寫)

社工師簽章：

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