

財團法人台灣癌症基金會 癌友基本資料

申請日期：__年__月__日

基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	____年____月____日(____歲)	
	身份證字號		連絡電話		e-mail		
	聯絡地址						
	聯絡人姓名		關係		連絡電話		
	福利身分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 特殊境遇					
	保險情況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他					
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 一方失聯 <input type="checkbox"/> 子女：____名					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(或以上)					
	職業						
	日常生活功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需要他人幫忙 <input type="checkbox"/> 需要輔助用具 <input type="checkbox"/> 完全無法自行活動					
	居家狀況	1. <input type="checkbox"/> 與家人同住(請註明家庭成員) <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 無固定住所 <input type="checkbox"/> 服刑中 <input type="checkbox"/> 其他 2. <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 無貸款 <input type="checkbox"/> 有貸款, 房貸____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋(租金____元/月) <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他					
	主要照顧者	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他					
	經濟狀況	1. <input type="checkbox"/> 自己有工作 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 父母扶養 <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 親友提供 <input type="checkbox"/> 其他 2. 月收入約____元					
	慢性疾病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> CRF <input type="checkbox"/> 其他					
	癌別		期別		轉移部位		
初診斷時間	____年____月	就診醫院		基因檢測			
手術切除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		手術時間	____年____月			
癌症復發	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		復發時間	____年____月			
治療方式	<input type="checkbox"/> 化學治療期間：____ 藥名：____ <input type="checkbox"/> 標靶治療期間：____ 藥名：____ <input type="checkbox"/> 免疫治療期間：____ 藥名：____ <input type="checkbox"/> 放射線治療：____ 次數：____ 部位：____ <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療：____ 藥名：____ <input type="checkbox"/> 中西醫整合療法 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安寧療護 <input type="checkbox"/> 其他治療						

台灣癌症基金會 營養品補助申請表

轉介單位 資訊	醫院名稱	社工/個案師	
	電話	電子郵件 (若無則免)	
營養評估	<p>1. 身高____cm；現在體重____Kg，上個月體重____Kg。</p> <p>2. 最近兩周體重變化：<input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>增加 <input type="checkbox"/>減少</p> <p>3. 最近一個月與過去進食量相比：<input type="checkbox"/>沒有改變 <input type="checkbox"/>比之前多 <input type="checkbox"/>比之前少</p> <p>3-1.如果比之前少，你現在吃的食物類型：<input type="checkbox"/>比平常少量一點的一般食物 <input type="checkbox"/>只能吃一點固體食物 <input type="checkbox"/>只能吃流質 <input type="checkbox"/>大部分都喝營養品 <input type="checkbox"/>吃非常少的任何食物 <input type="checkbox"/>管灌或靜脈營養</p> <p>4. 過去兩周出現症狀： <input type="checkbox"/>沒有飲食相關問題 <input type="checkbox"/>沒有食慾，就是不想吃 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>噁心 <input type="checkbox"/>腹瀉 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>口乾 <input type="checkbox"/>口腔潰瘍 <input type="checkbox"/>嗅覺異常 <input type="checkbox"/>味覺異常 <input type="checkbox"/>感覺比較快飽 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>疲倦 <input type="checkbox"/>疼痛，何處_____？ <input type="checkbox"/>其他，如憂鬱、金錢或牙齒咀嚼困難等問題</p> <p>5. 過去一周活動與功能 <input type="checkbox"/>正常無限制 <input type="checkbox"/>不如平常，但日常生活起居還能自我料理 <input type="checkbox"/>大部分時間躺或坐 <input type="checkbox"/>幾乎整天都在床或椅子上 <input type="checkbox"/>幾乎一直臥床</p> <p>6. 有無供給營養補充之管路：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請勾選：<input type="checkbox"/>鼻胃管 <input type="checkbox"/>胃管灌食 <input type="checkbox"/>空腸灌食</p>		
家庭、疾病及營養狀況說明			
補助方案	<input type="checkbox"/> 疾病特殊營養品(以需要流質飲食或有灌食管路之癌友為主) <input type="checkbox"/> 桂冠健力湯(冷凍鮮食湯包，以可正常由口進食之癌友為主) 最終補助項目會由本會營養師評估，符合條件者核予補助		
<p>本人同意財團法人台灣癌症基金會及本專案合作單位，為評估及提供服務及本基金會之目的，蒐集處理或利用本人資料，包括進行電話關懷、家庭訪視、後續服務之追蹤及整體專案成果分享及其他實現上開目的之必要事項，並且瞭解本人資料將被保密，不做其他用途。</p> <p>申請資料請確切由本人或委託親友、醫療機構人員協助填寫，如偽造本人資料，一經查獲自負法律責任，並立即停止補助。</p> <p style="text-align: right;">申請人簽名或蓋章：</p>			

附繳文件：(請於申請時再次確認資料是否備齊)

- 1. 營養品補助申請表
- 2. 政府核定之低收入、中低收入戶證明；或區公所或村里長核發之清寒證明；或財產暨所得清單，上述證明文件擇其一(須為有效期限內)
- 3. 近三個月內診斷證明(需能證明正在進行癌症治療)