**加入病友會申請表**

1.基本資料 (紅字為必填欄位)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **項目** | **欄位** | **備註** |
| **1** | 姓名 |   |   |
| **2** | 性別 | □男  □女 |   |
| **3** | 出生日期 |   年 月 日 |   |
| **4** | 教育程度 | □國小  □國中  □高中職  □專科/大學  □研究所 |   |
| **5** | 婚姻狀況 | □未婚  □已婚  □離婚  □喪偶  □同居 □分居 |   |
| **6** | 職業 |  |   |
| **7** | 地址 |  |   |
| **8** | 電子信箱 |   |   |
| **9** | 連絡電話: |  |   |
| **10** | 行動電話 |  |   |
| **11** | 身分 | □癌友本人□癌友家屬 |  |
| **12** | 得知訊息管道 | □病友介紹□親友介紹□基金會人員宣導□病友活動教育課程□基金會網站□醫療人員轉介□其他 |  |

2.疾病資料(紅字為必填欄位)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **項目** | **欄位** | **備註** |
| **1** | 癌症別 |  |   |
| **2** | 診斷日期 |     年    月   日 |   |
| **3** | 診斷時癌症期別 | □零期  □一期  □二期  □三期  □四期  □不清楚 |   |
| **4** | 您目前身體狀況?  | □康復中□治療中□復發(日期\_\_\_\_\_\_\_;部位\_\_\_\_\_\_\_)□轉移(日期\_\_\_\_\_\_\_;部位\_\_\_\_\_\_\_) |   |
| **5** | 您接受的治療方式? | □手術(日期\_\_\_\_\_\_\_;部位\_\_\_\_\_\_\_)□化療(開始日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_;次數\_\_\_\_\_\_;藥名\_\_\_\_\_\_\_)□放療(開始日期\_\_\_\_\_\_\_\_;次數\_\_\_\_\_\_)□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |