**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** | 身分證號 |  |  |
| **3** | 生日 | 年 月 日 |  |
| **4** | 教育程度 | □無 □小學 □國中 □高中職 □專科 □大學 □碩士以上 |  |
| **5** | 婚姻狀況 | □未婚  □已婚  □離婚  □喪偶  □同居  □分居 |  |
| **6** | 職業 | □有\_\_\_\_\_\_\_\_\_□家庭主婦□暫休息中□退休□無 |  |
| **7** | 地址 | □□□ |  |
| **8** | 電子信箱 |  |  |
| **9** | 電話 | (住家) (手機) |  |
| **10** | 身分 | 癌友本人 |  |
| **11** | 訊息來源 | □親友□媒體□會刊□醫護人員□其他 |  |

2.疾病資料(紅字為必填欄位)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **項目** | **欄位** | **備註** |
| **1** | 癌別 |  |  |
| **2** | 診斷時間 | 年    月    日 |  |
| **3** | 癌症期別 | □一期  □二期  □三期  □四期 |  |
| **4** | 目前身體狀況? | □康復中  □治療中  □復發(\_\_­\_年\_\_\_月;部位\_\_\_\_\_\_\_)  □轉移(\_\_\_年\_\_\_月;部位\_\_\_\_\_\_\_) |  |
| **5** | 治療情形 | □手術: □無; □有(\_\_\_年\_\_\_月;切除部位\_\_\_\_\_\_\_)  □化學治療: □無; □有 (\_\_\_年\_\_\_月~\_\_\_年\_\_\_月;使用藥物\_\_\_\_\_\_\_)  □放射線治療: □無; □有 (\_\_\_次;部位\_\_\_\_\_\_\_)  □標靶治療: □無; □有 (\_\_\_年\_\_\_月~\_\_\_年\_\_\_月;使用藥物\_\_\_\_\_\_\_)  □其他治療: □無; □有 (\_\_\_年\_\_\_月~\_\_\_年\_\_\_月;治療方式 \_\_\_\_\_\_\_) |  |
| **6** | 治療醫院 |  |  |