

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

台灣癌症基金會 喘息服務申請表

轉介單位	醫院名稱		填表社工/個管師	
	電話/手機		電子郵件	
項目	☐ 居服員申請(限雙北市)(○清寒、中低收入、低收入戶 ○一般戶：家庭所得 120 萬以內) ☐ 住院看護費用補助(○清寒、中低收入、低收入戶 ○一般戶：家庭所得 120 萬以內) 兩者擇一申請			
福利補助	請詳細描述項目與金額			
	公部門		民間單位	
申請事由	本欄由合作醫院詳述、或轉介社工評估表			家系圖(請畫三代)
家庭狀況				
本人同意財團法人台灣癌症基金會及我會轉介之合作單位為評估及提供服務之需，可處理或運用本人資料，進行電話關懷、家庭訪視及後續服務之追蹤，並且瞭解本人資料將被保密，不做其他用途。 申請人簽名或蓋章：_____				
轉介單位簽核				
主管/督導		承辦人員		填表日期
台灣癌症基金會審核說明：				
財團法人台灣癌症基金會簽核				
副執行長		督導		承辦人

附繳文件：(請於申請時再次確認資料是否備齊)

☐ 1. 癌症家庭喘息服務專案申請表	☐ 2. 申請人身份證(正反)影印本	☐ 3. 政府核定之中低收入戶證明、區公所或村里長核發之清寒證明正本，(須為有效期限內)
☐ 4. 醫院看護費用收據(此為申請醫院看護費用補助)	☐ 5. 醫院之正本診斷證明書正本(申請日期 6 個月內)	☐ 6. 附件資料；如：身心障礙手冊影本、僅一般戶提供家庭財力證明(限 120 萬以內)