**財團法人台灣癌症基金會 術後胸衣申請表**

申請編號(由基金會填寫)：

申請日期:１１３年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **術後胸衣申請者資訊** | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份字號 | |  | | | 出生日期 | | \_\_\_\_年 月 日( 歲) | | |
| 性別 | □男□女 | | 連絡電話 | |  | | | e-mail | |  | | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 聯絡人姓名 |  | | 關係 | |  | | | 連絡電話 | |  | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 癌別 |  | | | 期別 | |  | | | 轉移部位 | | |  |
| 診斷時間 | 年 月 | | | 就診醫院 | |  | | | | | | |
| 手術切除 | 乳房全切手術日期 年 月 日 □左側 □右側 □雙側 | | | | | | | | | | | |
| 治療狀況 | 目前：□化學治療□標靶治療□免疫治療□放射線治療□抗賀爾蒙治療□定期門診追蹤  曾經：□化學治療□標靶治療□免疫治療□放射線治療□抗賀爾蒙治療 | | | | | | | | | | | |
| 活動訊息來源  (可複選) | □ 醫院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 衛生局(所/健康中心) □ 其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ 病友團體：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 電視媒體/廣播訊息  □ 台灣癌症基金會官網/FB □ 贊助企業官網/FB | | | | | | | | | | | |
| **轉介單位**  **(自行申請者免填)** | 醫院名稱 |  | | | | | | 填表社工/  個管師 | | |  | |
| 電話/手機 |  | | | | | | 電子郵件 | | |  | |
| 本人同意財團法人台灣癌症基金會及本專案合作單位，為評估及提供後續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等必要事項，並且瞭解本人資料將被保密，不做其他用途。  檢附資料：□資格申請表  □診斷證明書 | | | | | | | | | | | **申請人簽名或蓋章** | |
| (醫師囑言欄位須有「乳癌經全乳房切除｣字樣) | |
| **財團法人台灣癌症基金會簽核** | | | | | | | | | | | | |
| □通過 □不通過，原因： | | | | | | | 審核人員簽章： | | | | | |

檢附資料寄至：高雄市三民區九如二路150號9樓之1 台灣癌症基金會 術後胸衣申請計畫 收

申請表提出並不代表申請通過，需待本會進行審核，審核通過收到電話/簡訊通知後，再向黛莉貝爾做門市預約及領取。活動內容以本會網站公告為準。若有其他未盡事宜，悉依本會相關規定或解釋。