**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。