**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 □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   1. □自宅(□無貸款 □有貸款，房貸 元/月)   □租屋(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 □高血脂 □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 營養品補助申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轉介單位 資訊(必填)** | 醫院名稱 |  | 社工/個管師 |  |  |
| 電話/手機 |  | 電子郵件  (若無則免) |  |  |
| **營養評估** | 身高 cm；治療前的體重(平常體重) Kg，目前體重 Kg。   1. 近6個月不自主體重減輕   □否(0)  □不確定這6個月有體重減輕(1)  □是，減少幾公斤 □1~5kg(1)　□6~10kg(2)　□11~15kg(3)　□>15kg(4)  不確定，體重減輕幾公斤(2)   1. 胃口差而吃不好(食量少於平常的四分之三)   □否(0)  □是(1)   1. 近二週導致病友飲食無法攝取足量之困擾   □沒有飲食相關問題、□食欲不振、□噁心嘔吐、□便秘、□腹瀉、□黏膜炎  □口乾、□疼痛，何處 ？□吞嚥困難、□味覺改變異常、□疲倦、□早飽  其他，如憂鬱、金錢或牙齒咀嚼困難等問題 | | | | |
| **護理評估** | 1. 個案目前體能狀態評估(ECOG)：   □(0) 活動力與罹病前無異，不受疾病影響。  □(1) 無法做劇烈活動，但可走動與從事輕鬆或坐著的工作。  □(2) 可以走動，可以自我照顧，但無法工作，>50%以上的清醒時刻是可以下床。  □(3) 自我照顧能力有限，>50%以上的清醒時刻需臥床或坐輪椅。  □(4) 處於完全失能狀態，生活無法自理，完全臥床。  2.是否因治療造成腸胃道黏膜受損情形  □否(0)  □是(1)，請勾選：□腹瀉 □口腔、咽喉黏膜潰瘍grade 1、2、3、4  3.有無供給營養補充之管路  □否(0)  □是(1)，請勾選: □鼻胃管 □胃管灌食 □空腸灌食  4.身上有無其他特殊管路  □否(0)  □是(1)，請勾選: □氣切 □尿管□人工肛門 □A-V shut  5.治療期間是否有照顧者協助  □否(1) □是(0)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **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：** | | | | | |