

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

台灣癌症基金會 營養品補助 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	
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 <input type="checkbox"/> 1~5kg(1) <input type="checkbox"/> 6~10kg(2) <input type="checkbox"/> 11~15kg(3) <input type="checkbox"/> >15kg(4) 不確定，體重減輕幾公斤(2)			
2. 胃口差而吃不好(食量少於平常的四分之三) 否(0) 是(1)				
3. 近二週導致病友飲食無法攝取足量之困擾 <input type="checkbox"/> 沒有飲食相關問題、 <input type="checkbox"/> 食欲不振、 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐、 <input type="checkbox"/> 便秘、 <input type="checkbox"/> 腹瀉、 <input type="checkbox"/> 黏膜炎 <input type="checkbox"/> 口乾、 <input type="checkbox"/> 疼痛，何處 _____？ <input type="checkbox"/> 吞嚥困難、 <input type="checkbox"/> 味覺改變異常、 <input type="checkbox"/> 疲倦、 <input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> (0) 活動力與罹病前無異，不受疾病影響。 <input type="checkbox"/> (1) 無法做劇烈活動，但可走動與從事輕鬆或坐著的工作。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (3) 自我照顧能力有限，>50%以上的清醒時刻需臥床或坐輪椅。 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 否(0) <input type="checkbox"/> 是(1)，請勾選： <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 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或使用特殊營養品 <input type="checkbox"/> 否(0) <input type="checkbox"/> 是(1)，請勾選： <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃管灌食 <input type="checkbox"/> 空腸灌食				
4. 身上有無其他特殊管路 <input type="checkbox"/> 否(0) <input type="checkbox"/> 是(1)，請勾選： <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> A-V shut				
5. 治療期間是否有照顧者協助 <input type="checkbox"/> 否(1) <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right;"> 申請人簽名或蓋章： _____ </div>				
財團法人台灣癌症基金會簽核				
營養師簽章			主管簽章	
申請品項	營養品種類			申請數量
營養師		連絡電話		評估日期

