

弱勢家庭篩檢補助 | 報名表

基本資料

姓名		性別		出生日期	
身分證字號		聯絡電話		行動電話	
e-mail					
通訊地址	 (請填寫郵遞區號)				

肺癌高危險族群自我檢核表

*符合下表任一項指標即可申請本補助

☐ 有吸菸史達15包年（含已戒菸及有意戒菸者）	(包年計算方式) 每天抽菸：_____包×抽_____年=_____包年
☐ 二等親內有肺癌家族史者	罹患肺癌家人之姓名_____與您的關係_____ 罹患的肺癌種類及期別_____
☐ 有肺病病史者	☐ 氣喘 ☐ 肺炎 ☐ 肺結核 ☐ 肺纖維化 ☐ 支氣管擴張症 ☐ 慢性阻塞性肺病 ☐ 其他_____
☐ 暴露於二手菸害環境達10年以上	請簡述您的二手菸害環境（世界衛生組織對「二手菸暴露」的定義為：不吸菸者每週平均有1天以上吸入菸草煙霧15分鐘以上） _____ _____
☐ 需煮食且無抽油煙機設備達10年以上	請附上家中廚房環境照片
☐ 職場環境易致肺癌者	金屬業、冶礦業、石油化學工業、石棉接觸者或長期暴露在有粉塵、油煙、棉絮、化學物質、放射環境下等。 就職單位名稱：_____電話：_____

我已閱讀並願意參與「愛妳不肺力 | 弱勢家庭篩檢補助計劃」活動辦法，以上資料為本人同意填寫提供，僅作為本次活動使用，主辦單位將善盡維護與保密之責。

簽名：

請於送件前再次確認資料是否備齊

附件資料請自行備份，恕不退還

弱勢家庭篩檢補助計劃

- ☐ 請填妥本報名表（含自我檢核表）
☐ 中低收入戶 / 清寒證明

註：為免影響權益，以上資料請務必完整填寫。