

(*必須填寫)

個人資料	
*姓名 (中文) 姓 _____ 名 _____	<input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 先生
(英文) 姓 _____ 名 _____	* 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*出生日期 _____ 日 _____ 月 _____ 年 _____	身份證/護照號碼 _____ ()
(請填寫整個號碼以避免服務使用者記錄重覆)	
* 通訊地址	*聯絡方法
區域 <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 九龍 <input type="checkbox"/> 新界	電話 (住宅) _____
地區 _____	(手提) _____
街道名稱 _____	(辦公室) _____
街號 _____	電郵 (住宅) _____
屋苑名稱 _____	(辦公室) _____
大廈名稱 _____	傳真 (住宅) _____
座 _____ 樓 _____ 室 _____	(辦公室) _____
收取通訊: 通訊語言選擇 (請選其一) <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文(英文版只限基金會資訊及中環癌協資訊) <input type="checkbox"/> 本人 同意 以 <input type="checkbox"/> 電郵 或 <input type="checkbox"/> 郵寄 收取(<input type="checkbox"/> 黃大仙 <input type="checkbox"/> 天水圍 <input type="checkbox"/> 港島 <input type="checkbox"/> 葵涌) - 「Link連繫」癌協季刊 (最多可選兩份) 以 <input type="checkbox"/> 電郵 或 <input type="checkbox"/> 郵寄 收取 <input type="checkbox"/> 不收取 「觸覺」癌症基金會季刊 以 <input type="checkbox"/> 電郵 <input type="checkbox"/> 一般郵件 <input type="checkbox"/> 手機應用程式 (如: WhatsApp/WeChat/LINE/SMS) 收取本會最新消息的途徑 <input type="checkbox"/> 本人 不同意 收取	
*服務使用者類別	
<input type="checkbox"/> 病友 (請填寫背頁: 病歷治療情況)	
<input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友 (請填寫背頁: 病歷治療情況)	
患者姓名 _____	關係 _____ 服務使用者編號 _____
<input type="checkbox"/> 公眾人士 <input type="checkbox"/> 醫護人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
常用語言 <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
居住狀況 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人/親屬同住 <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 院舍	
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	
子女數目 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 共 _____ 名 年齡分別是: _____	
經濟狀況 <input type="checkbox"/> 自給自足/積蓄 <input type="checkbox"/> 綜援: 有效日期 _____	
<input type="checkbox"/> 傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 家人供養 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
工作狀況 <input type="checkbox"/> 在職 行業: _____	
<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 自僱人士 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
教育程度 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 證書/文憑 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士或以上	
宗教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 無宗教 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
參與自助組織狀況 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
自助組織名稱 _____	
自助組織名稱 _____	
自助組織名稱 _____	

(*必須填寫)

*** 患者病歷及治療情況** (只供患者、患者家人或朋友填寫)

癌症類別 (如適用)	首次患病日期(月/年)					
<input type="checkbox"/> 擴散(部位) _____ <input type="checkbox"/> 復發(日期: 月/年) _____						
接受診治醫院/診所	<input type="checkbox"/> 伊利沙伯	<input type="checkbox"/> 瑪麗	<input type="checkbox"/> 威爾斯	<input type="checkbox"/> 屯門	<input type="checkbox"/> 東區尤德	<input type="checkbox"/> 瑪嘉烈
	<input type="checkbox"/> 其他公立 _____			<input type="checkbox"/> 中國內地	<input type="checkbox"/> 外國	
	<input type="checkbox"/> 私家醫院 _____			<input type="checkbox"/> 私家診所(醫生姓名) _____		
現時情況	<input type="checkbox"/> 診斷中	<input type="checkbox"/> 等待治療	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 康復中	<input type="checkbox"/> 晚期	<input type="checkbox"/> 復發
	<input type="checkbox"/> 其他 _____					
曾經接受治療	<input type="checkbox"/> 手術(切除部位) _____					
	<input type="checkbox"/> 化學治療	<input type="checkbox"/> 放射治療	<input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療	<input type="checkbox"/> 標靶治療	<input type="checkbox"/> 中醫	
	<input type="checkbox"/> 其他(輔助治療) _____					

如何得悉本會	<input type="checkbox"/> 公立醫院	<input type="checkbox"/> 私家醫院	<input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 家人
	<input type="checkbox"/> 朋友	<input type="checkbox"/> 電視廣告	<input type="checkbox"/> 中心刊物	<input type="checkbox"/> 癌症基金會
	<input type="checkbox"/> 網頁	<input type="checkbox"/> 報章	<input type="checkbox"/> 癌症基金會小冊子	<input type="checkbox"/> 港鐵廣告
	<input type="checkbox"/> 電話公司	<input type="checkbox"/> 其他服務團體轉介	<input type="checkbox"/> 電台	<input type="checkbox"/> 雜誌
	<input type="checkbox"/> 車站燈箱	<input type="checkbox"/> 街頭募捐攤位	<input type="checkbox"/> 癌協熱線	<input type="checkbox"/> 自助組織
	<input type="checkbox"/> 其他 _____			

*緊急聯絡人姓名:	電話:	關係
-----------	-----	----

本人未能提供緊急聯絡人資料，並清楚明白在緊急情況下，癌協將未能通知本人的親友，本人亦不會追究。

聲明：本會收集之個人資料只供香港癌症基金會及其網絡內部使用。所有資料將會絕對保密處理，如欲查閱或更改有關閣下的個人資料，請致電本中心與行政主任聯絡。

_____ 簽名 _____ 填表日期(日/月/年)

此欄由本會填寫	來源： <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> 個案管理 (個案經理: _____) <input type="checkbox"/> 熱線 <input type="checkbox"/> 單次服務		
服務使用者編號 _____	服務使用證編號 _____	<input type="checkbox"/> 已核實病歷證明	
所屬組織名稱及會員編號 _____	<input type="checkbox"/> 已核實住址證明		
收表者: _____	輸入者: _____	覆查者: _____	
日期: _____	日期: _____	日期: _____	

癌協服務中心：

北角：香港北角馬寶道 28 號華匯中心 2201-03 室	電話：(852) 3667 3030	傳真：(852) 3667 3100	電郵： canlinkcentral@hkcf.org
中環：香港中環皇后大道中 99 號中環中心地下 5 號室	電話：(852) 3667 3131	傳真：(852) 3667 3199	電郵： canlinkcentral@hkcf.org
黃大仙：九龍黃大仙下邨龍昌樓地下 C 翼 2-8 號	電話：(852) 3656 0700	傳真：(852) 3656 0900	電郵： canlink@hkcf.org
天水圍：新界天水圍天恩路 12-18 號置富嘉湖 2 期 2 樓 201C 室	電話：(852) 3919 7070	傳真：(852) 3919 7099	電郵： canlink-tsw@hkcf.org
葵涌：葵涌大連排道 132-134 號 TLP132 三樓	電話：(852) 3667 3232	傳真：(852) 3667 3299	電郵： canlink-kcc@hkcf.org