

申請人資料

申請人身份 患者 照顧者* (家人 朋友 家傭)

中文姓名：_____小姐/太太/女士/先生 英文姓名：_____

性別： 男 女 出生日期：_____ (日/月/年) 身份證/護照號碼：_____ ()

手提電話：_____ 辦公室/住宅電話：_____ 電郵：_____

地址：_____

*只供照顧者填寫

患者姓名：_____ 年齡：_____ 性別：男 女

患者會員編號：_____ 與患者關係：_____

患者病歷及治療情況

癌症類別：_____ (第__期) 擴散(部位)：_____

首次確診日期(月/年)：_____ 復發日期(月/年)：_____

現時情況： 診斷期 治療期 康復期 晚期

接受治療	治療日期(月/年) 及醫院/診所	接受治療	治療日期(月/年) 及醫院/診所
<input type="checkbox"/> 手術(切除部位)_____		<input type="checkbox"/> 標靶/免疫治療	
<input type="checkbox"/> 化學治療		<input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療	
<input type="checkbox"/> 放射治療		<input type="checkbox"/> 中醫/其他(輔助治療)	
<input type="checkbox"/> 沒有任何治療			

申請人其他資料

語言： 廣東話 普通話 英語 其他：_____

婚姻狀況： 未婚 已婚 離婚 喪偶/其他

子女資料： 無 有，共_____名

患者之5-17歲子女將自動成為「彩虹會」會員，敬請填寫以下資料：

中文姓名	英文姓名	性別	出生日期(日/月/年)

居住狀況： 獨居 家人/親屬同住 朋友同住 其他：_____

如何得知本會： 醫院 朋友/親人 媒體 其他：_____

收取香港癌症基金會資訊方法

1. 本人 同意 / 不同意 以 中文 / 英文 收取香港癌症基金會資訊
2. 以 郵寄 電郵方式收取 中心活動通訊 - 「Link 連繫」 癌症基金會會訊 - 「觸覺」
3. 接受聯繫方式: 電話 電郵 手機應用程式 (如 WhatsApp)

緊急聯絡

聯絡人姓名：_____ 電話：_____ 關係：_____

申請人未能提供緊急聯絡人資料，並清楚明白在緊急情況下，香港癌症基金會將未能通知他/她的親友，亦不會追究。

聲明及簽署

本人同意將本人/患者之個人及病歷資料發放給有關人仕。

個人資料（私隱）收集聲明：

本會收集之個人資料只供香港癌症基金會內部使用。所有資料將會絕對保密處理，如欲查閱、更正資料、取消服務或其他查詢，請致電與本中心職員聯絡。

	簽 名		填表日期 (日 / 月 / 年)		
(此欄由本會填寫)	<input type="checkbox"/> KCC	<input type="checkbox"/> NP	<input type="checkbox"/> WSC	<input type="checkbox"/> WTS	
申請來自：	<input type="checkbox"/> 自行聯繫	<input type="checkbox"/> 前往中心	<input type="checkbox"/> 電郵申請	<input type="checkbox"/> 電話申請	
	<input type="checkbox"/> 熱線	<input type="checkbox"/> 公開講座	<input type="checkbox"/> 醫院轉介	<input type="checkbox"/> 其他轉介	
核實身份證：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有 (原因：_____)			
病歷證明：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有 (原因：_____)			
核實住址證明：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有 (原因：_____)			
服務使用者編號：	_____		服務使用證條碼：_____		

提供服務：中心活動 個案服務 專業諮詢 查詢 購買/借用物品 其他:_____

收表者：_____ 日期：_____

輸入者：_____ 日期：_____

覆查者：_____ 日期：_____