

申請人資料

申請人身份*：☐患者 ☐照顧者 (☐家人 ☐朋友 ☐其他照顧者)

稱謂*：☐小姐 ☐女士 ☐太太 ☐先生 ☐其他：_____

姓(英文)*：_____ 名(英文)*：_____

姓(中文)*：_____ 名(中文)*：_____

性別*：☐男 ☐女 ☐未能界定 出生日期(日/月/年)*：_____

香港身份證/護照號碼的首4個字母及數字(例子 A123)*：_____

手提電話*：_____ 辦公室/住宅電話：_____ WhatsApp號碼*：_____

電郵：_____ 國籍*：_____

地址*：_____

捐款者編號(如有)：_____

患者資料(只供照顧者填寫)

患者姓名：_____ 出生日期(日/月/年)：_____ 性別：☐男 ☐女 ☐未能介定

服務使用者編號/電話號碼(如有)：_____ 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
☐ 手術(切除部位)_____		☐ 幹細胞治療或骨髓移植	
☐ 化學治療		☐ 質子治療	
☐ 放射治療		☐ 中醫	
☐ 標靶治療		☐ 針灸	
☐ 免疫治療		☐ 輔助治療	
☐ 荷爾蒙治療		☐ 其他(請說明：_____)	

其他病歷(如有)：

申請人其他資料

語文*：☐ 中文 ☐ 英文

語言*：☐ 廣東話 ☐ 普通話 ☐ 英語 ☐ 其他：_____

聯絡方式 (可選多於一項)*：☐ 任何方式均可 ☐ 手提電話 ☐ 公司/住宅電話 ☐ 電郵 ☐ 郵寄 ☐ WhatsApp

居住狀況*：☐ 獨居 ☐ 家人/親屬同住 ☐ 朋友同住 ☐ 工人同住 ☐ 其他：_____

正在領取綜援*：☐ 沒有 ☐ 有 (開始日期 (日/月/年): ____/____/____
到期日期 (日/月/年): ____/____/____)

綜援備註：_____

教育程度*：☐ 未有接受教育 ☐ 小學 ☐ 中學
☐ 文憑/証書 ☐ 高級文憑/副學士 ☐ 學士
☐ 碩士或以上

行業：_____

婚姻狀況*：☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶

如何得知我們*：_____

子女資料*：☐ 沒有 ☐ 有, 共_____名

患者之0-17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)	出世紙/身份證/護照 號碼的首4個字母 及數字 (例子 A123)

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 ☐ WhatsApp 收取：
 - ☐ 中心活動通訊 - 「Link 連繫」
 - ☐ 癌症基金會會訊 - 「觸覺」。

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。

市場推廣聲明*

本人 ☐ 同意 / ☐ 不同意香港癌症基金會使用在此表格內提供的個人資料作推廣資訊、意見收集、邀請出席健康講座及相關活動等用途。

聲明及簽署*

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)

中心：	☐ KCC	☐ NP	☐ WSC	☐ WTS
申請來源：	☐ 前往中心	☐ 熱線	☐ 個案轉介	
提供服務：	☐ 中心活動	☐ 個案服務	☐ 專業諮詢	
	☐ 一般查詢	☐ 借用物品	☐ 其他：_____	
核實香港身份證/護照：	☐ 有	☐ 沒有(原因：_____)		
核實病歷證明：	☐ 有	☐ 沒有(原因：_____)		
核實住址證明：	☐ 有	☐ 沒有(原因：_____)		
服務使用者編號：	_____		備註：_____	
收表者：	_____		日期：_____	
輸入者：	_____		日期：_____	
覆查者：	_____		日期：_____	