（本欄由工作人員填寫(filled by staff）

**病友編號 No：**

|  |
| --- |
| 填表日期： 年 月 日Fill date: / /  |

**威廉斯氏症病友建檔資料表**

Data Sheet for Patient of Williams Syndrome

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病友姓名Patient Name：  | 性別Gender：□男M　□女F | 生日Birthday：年　 月　 日 | 身分證字號 ID No： |
| 戶籍地址Residence address：□□□ | 電話Tel：（ ）  |
| 傳真Fax：（ ） |
| 通訊地址Mailing address：□□□ | 手機Mobile： |
| E-mail：  |
| Line ID： |
| 病友已具備的福利服務項目Welfare service items that patient has：□全民健保National Health Insurance　□重大傷病卡Major Injury Card□身心障礙證明Proof of physical and mental disability, 類別category： ；等級level: \_\_ □身心障礙者生活津貼Living allowance for the physically and mentally disabled: 每月 元monthly□遲緩兒童療育補助Subsidy for the treatment and education of delayed children (每月訓練費monthly training fee: \_\_ 元；交通費 transportation fee: \_\_ 元)□中低收入戶生活補助Living allowance for low- and middle-income, 每月補助 元整monthly □其他Others (例如保險，請說明such as insurance, please specify： ） |
| 身分別Identification：□一般General (無以下身分no identities below) □獨居Living alone □單親家庭Single-parent family □原住民Aboriginal ( \_\_\_\_\_\_ 族tribe) □外籍人士Foreigners (國籍nationality \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 病友的家庭成員Family members of the patient（以居住在同一地方的親屬為主，不足則請寫在背面mainly relatives living in the same place, please write down on the back if insufficient） |
| 稱謂Title | 姓　　名Last name | 出生（年月日）Birthday | 學　　歷Education | 職　　業Occupation | 聯　絡　電　話Contact No | 健　康　狀　況Health Status |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 病友的兄弟姊妹情況Situation of the patient’s brothers and sisters：（不含自己no including self）:□沒有No □有Yes 位，罹病 位in sick | 病友的婚姻情況Marital status of patient：□未婚Unmarried □已婚Married□離婚Divorce □喪偶Widowed | 病友生育子女數Number of children born to patient：□沒有No □有Yes, 位，罹病 位in sick |

|  |
| --- |
| 病友的教育狀況Patient’s education status：□已畢業Graduated (學校／科系school/department ：　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）□尚未就學not yet at school (因為because: □年齡未到under age □無法就學unable to go to school 　　□其他other: )□在學studying (學校／科系school/department：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**病友會的樂器或專長Musical instruments or expertise of the Patient:**  |
| 病友的就業狀況The employment status of the patient：□就業中Employing（職業Occupation： ）□未就業not employed (因為because: □年齡不適合not suitable for age □在學studying □家庭family □其他原因other reasons: )□需要就業協助Need employment assistance (說明description：　　　　　　　　　 　　　　　　　） |
| 病友家庭的主要經濟提供者The main financial provider of the patient’s family：□病友本身The patient himself □父親father □母親mother □兄弟姊妹brothers and sisters □配偶spouse □其他來源other resource: （ ） |
| 病友家庭的主要經濟提供者現在的就業情形Current employment situation of the main financial provider of the patient’s family：□就業中Employing □未就業Not employed |
| 病友的主要照顧者The main carer of the patient： □父親father □母親mother □兄弟姊妹brothers and sisters □配偶spouse □子女children □自己self □看護nursing □其他others:姓名／聯絡電話、手機 Name/Contact number, mobile phone：  |
| 病友是否已經加入任何社會福利團體或病友團體Whether the patient has joined any social welfare group or patient group：□沒有 No □有Yes，團體名稱organization name：1. 協助項目Assistance project： 2. 協助項目Assistance project：  |
| 病友或家屬目前需要協助的困擾Difficulties of patients or family members who currently need assistance：*(可複選，並請儘量說明can be double-checked, and please explain as much as possible)*□疾病治療的相關問題Issues related to disease treatment（請說明please specify： 　 　 ）□疾病的藥物及營養品問題Drugs and nutritional problems of diseases（請說明please specify： 　　　 ）□社會福利問題Social welfare issues（□重大傷病卡取得問題Major injury and illness card acquisition issues、□身心障礙手冊取得問題Disability handbook acquisition issues、□其他Others 　　 ）□早期療育相關問題Issues related to early treatment and education（請說明please specify： 　　 　 ）□就學相關問題Education related issue（請說明please specify： 　　　 ）□就業相關問題Employment related issues（請說明please specify： 　　　 ）□安養相關問題Nurturing care related issues（請說明please specify： 　　　 ）□情緒、心理相關問題Emotional and psychological related issues（請說明please specify： 　　　　 　　　 ）□生活、經濟相關問題Life and economic related issues（請說明please specify： 　　　 ）□其他Others（請說明please specify： 　 　 　　 ） |

|  |
| --- |
| 病友的主治醫師群The attending physicians of the patient：*（請儘量填寫，可註明各醫院或科別的醫師please fill in as much as possible, and indicate the physicians of each hospital or department）*主治醫師Attending Physician： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 醫院名稱 / 科別Hospital Name / Department： 醫院 科主治醫師Attending Physician： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 醫院名稱 / 科別Hospital Name / Department： 醫院 科主治醫師Attending Physician： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 醫院名稱 / 科別Hospital Name / Department： 醫院 科主治醫師Attending Physician： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 醫院名稱 / 科別Hospital Name / Department： 醫院 科復健、物理治療等機構Rehabilitation, physical therapy, etc.*（請儘量填寫，如果沒有就省略please fill in as much as possible, omit if not）*機構名稱Organization name： 協助內容Assistance content： 機構名稱Organization name： 協助內容Assistance content：  |
| 病友目前的疾病醫療情形Patient’s current medical condition of the disease:：就醫情形（治療、用藥等）Medical treatment (treatment, medication, etc.)：  其他情形（營養控制、復健）Other situations (nutrition control, rehabilitation):：   　 |

請問您是如何得知協會的訊息: □網路 □醫生介紹 □社工 □病友家長介紹

How did you learn about the association’s information:

□Internet □Doctor's introduction □Social work □Patients' parents introduction

您有話想說Something you want to say：*（歡迎自由抒發Please brief……）*