（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……）*