

填表日期：\_年\_月\_日  
Fill date: / /

(本欄由工作人員填寫(filled by staff)  
**病友編號 No.:**

## 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 : <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 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

<p>病友的兄弟姊妹情況 Situation of the patient's brothers and sisters : (不含自己 no including self) :</p> <p><input type="checkbox"/>沒有 No <input type="checkbox"/>有 Yes _____位 , 罹病_____位 in sick</p>	<p>病友的婚姻情況 Marital status of patient :</p> <p><input type="checkbox"/>未婚 Unmarried <input type="checkbox"/>已婚 Married <input type="checkbox"/>離婚 Divorce <input type="checkbox"/>喪偶 Widowed</p>	<p>病友生育子女數 Number of children born to patient :</p> <p><input type="checkbox"/>沒有 No <input type="checkbox"/>有 Yes, _____位 , 罹病_____位 in sick</p>
--	---	---

#### 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..... )