

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 :						
<input type="checkbox"/> 全民健保 National Health Insurance <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 Major Injury Card						
<input type="checkbox"/> 身心障礙證明 Proof of physical and mental disability, 類別 category : _____ ; 等級 level: _____						
<input type="checkbox"/> 身心障礙者生活津貼 Living allowance for the physically and mentally disabled: 每月_____元 monthly						
<input type="checkbox"/> 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)						
<input type="checkbox"/> 中低收入戶生活補助 Living allowance for low- and middle-income, 每月補助_____元整 monthly						
<input type="checkbox"/> 其他 Others (例如保險, 請說明 such as insurance, please specify : _____)						
身分別 Identification : <input type="checkbox"/> 一般 General (無以下身分 no identities below) <input type="checkbox"/> 獨居 Living alone <input type="checkbox"/> 單親家庭 Single-parent family <input type="checkbox"/> 原住民 Aboriginal (_____ 族 tribe) <input type="checkbox"/> 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) : <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有 Yes _____位， 罹病_____位 in sick	病友的婚姻情況 Marital status of patient : <input type="checkbox"/> 未婚 Unmarried <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 離婚 Divorce <input type="checkbox"/> 喪偶 Widowed	病友生育子女數 Number of children born to patient : <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 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，並請盡量說明 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.....)