**社團法人台灣髓緣之友協會 會員資料**

**□基本會員：病友或家屬 □贊助會員：認同本會宗旨之熱心人士**

**會員編號： 申請日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﹡姓 名 |  | ﹡性別 | 1. □男  2. □女 | ﹡出生年月日 | 民國 年 月 日 |
| ﹡身分證字號 |  | 婚姻 |  | ﹡與病友關係 |  |
| ﹡戶籍地址 |  | | ﹡電話 | (自宅):  (公司):  手 機: | |
| ﹡現居住地址 |  | |
| E-MAIL |  | |
| ﹡聯絡人 |  | ﹡關係 |  | ﹡電話 |  |
| 介紹人 |  | 關係 |  | 電話 |  |
| ﹡病名 | 1.□AML急性骨髓性白血病2.□CML慢性骨髓性白血病3.□ALL急性淋巴性白血病  4□.CLL慢性淋巴性白血病 5.□H L何杰金氏淋巴瘤 6.□NHL非何杰金氏淋巴瘤  7.□M M多發性骨髓瘤 8.□SAA再生不良性貧血 9.□MDS骨髓分化不良症候群  10.□Thalassemia海洋性貧血(地中海型貧血) 11.□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ﹡移植方式 | □1.無  □2.自體  □3.異體(□親屬□非親屬□臍帶血)， 移植關係人\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 移植日期:\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ﹡就診醫院 | 1.□臺大 (是否接觸過協會志工 □ 是 □否)  2.□馬偕 3.□台北榮總4.□亞東 5.□中國醫藥 6.□成大 7.□奇美8.□高醫  9.□ 彰化基督教 10.□ 台大癌醫中心醫院 11.□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ﹡身分別 | 1.□低收入戶( □1款□2款□3款)  2.□中低收入戶 3.□榮民 4.□一般 | | | | |
| 教育程度 | 1.□大專以上 2.□高中職 3.□中學 4.□小學 5.□不識字 □6.其他\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 現職 | 服務單位： 職稱： | | | | |
| 宗教信仰 | 1.□佛教 2.□天主教 3.□基督教 4.□道教 5.□回教 6.□民間信仰  7.□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 使用語言 | 1.□國語 2.□閩南語 3.□客家語 4.□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 專長 | 1.□電腦 2.□手工藝 3.□木工 4.□美工5.□攝影 6.□烹飪 7.□水電  8.□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 興趣 | 1.□書法2.□繪畫3.□歌唱 4.□運動 5.□登山6.□電影 7.□手工藝  8.□其他 | | | | |
| 志工關懷電話是否願意接受 | □是 (方便聯絡時間 ) □否 | | | | |

審 核： □符合 □不符合 『打﹡欄請務必填寫』

登錄日期： 年 月 日 108.11.15修正