

# 台灣肌無力症關懷協會

## 關懷列車 基本資料



姓名					會員:	<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否		學歷:
身份證號碼					出生	年月日		
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
通訊住址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
聯絡電話	手機				電話 (1)			電話(2)
通訊軟體	臉書				LINE ID			e-mail:
家庭狀況	成員: 人, <input type="checkbox"/> 配偶, <input type="checkbox"/> 小孩: 人(年次: ) , <input type="checkbox"/> 其他: 主要經濟: <input type="checkbox"/> 夫妻雙方, <input type="checkbox"/> 配偶, <input type="checkbox"/> 雙親, <input type="checkbox"/> 其他 _____ 技能專長: _____							
就醫狀況:	何時發病: 民國 ____ 年 ____ 月 , 確診: 民國 ____ 年 ____ 月於確診院所; _____ 目前就診院所: _____, 主治醫師; _____							
用藥狀況	<input type="checkbox"/> 緩解: ____ 年, <input type="checkbox"/> 大力丸: _____, <input type="checkbox"/> 類固醇: _____, <input type="checkbox"/> 移護寧: _____, <input type="checkbox"/> 山喜多: _____, <input type="checkbox"/> 其他; _____							
病情簡敘:	<input type="checkbox"/> 吃藥控制即可。 <input type="checkbox"/> 胸腺增生, <input type="checkbox"/> 胸腺瘤, <input type="checkbox"/> 血漿置換術(洗血)。 <input type="checkbox"/> 開刀: 民國 ____ 年開刀方式: <input type="checkbox"/> 微創手術, <input type="checkbox"/> 傳統手術。 <input type="checkbox"/> 複視, <input type="checkbox"/> 手腳沒力, <input type="checkbox"/> 吞嚥困難, <input type="checkbox"/> 呼吸沒力, <input type="checkbox"/> 無法平躺。							
關懷建議:								

### 個人資料聲明:

台灣肌無力症關懷協會向您取得之個人資料, 包含個人姓名、電話、住址及電子郵件等, 將僅限使用於本會捐款服務與管理、會員管理、會務活動等使用, 本會遵守個人資料保護法與相關法律條文之規定, 妥善保護您的個人資訊。於此前提下, 您同意台灣肌無力症關懷協會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務。而就您的個人資料, 您得依據個人資料保護法向本會主張如下權利: 查詢、閱覽、更正、刪除及請求停止利用等。若您欲行使上述權利, 請您親自於上班時間以電話或傳真與台灣肌無力症關懷協會聯繫。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_