

「粉紅天使服務」申請表格

Application for GCBC Pink Angel Service

- 化療陪診 Chemotherapy Companion Service
 線上支援 Telephone/ WhatsApp support

首次登記服務申請表格 Application form (For first registration)

請在適用空格填上「✓」 Please tick the appropriate boxes

*可選擇填寫 Optional

個人資料 (以下資料全部保密) Personal Information – all personal information will be kept confidential

病者姓名 Name	(中文)	(英文) English	
身份證號碼 ID Card No. (前 4 個數字 First 4 digits)		性別 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Date of birth 年 Y 月 M 日 D
居住地址 Address			
病者電話 Tel.	(手提) Mobile	(住宅) Residence	
行動能力 Mobility :			
<input type="checkbox"/> 自行 Can walk <input type="checkbox"/> 慢行 Can walk slowly <input type="checkbox"/> 使用助行器 (包括拐杖、手叉、圍架等) Walk with aid <input type="checkbox"/> 輪椅 Wheelchair <input type="checkbox"/> 其他 Others (請註明 Please state _____)			
教育程度 Education	<input type="checkbox"/> 小學或以下 Primary School or below <input type="checkbox"/> 中學 Secondary School <input type="checkbox"/> 大專 College <input type="checkbox"/> 大學或以上 University or above		
婚姻狀況 Marital status	<input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced <input type="checkbox"/> 再婚 Remarried <input type="checkbox"/> 鰥寡 Widowed		

緊急聯絡人資料 Emergency Contact (如受助人因健康或能力問題不適宜聯絡，及若遇上緊急事故以作聯絡)

姓名 Name	*先生 Sir /女士 Madam	關係 Relationship	
電話 Tel	(手提) Mobile	(住宅) Residence	(辦公室) Office
通訊地址 Address			

經濟狀況 Economic Status

經濟來源： (可選多項) Income & resources (one or more answers)	<input type="checkbox"/> 每月收入 Monthly Income	<input type="checkbox"/> 沒有任何收入 No Income <input type="checkbox"/> HK\$10,000 以下 <input type="checkbox"/> HK\$10,001-HK\$20,000 <input type="checkbox"/> HK\$20,001 或以上 or above
	<input type="checkbox"/> 社會津貼 Social Welfare	<input type="checkbox"/> 沒有任何社會津貼 No social subsidy <input type="checkbox"/> 綜合援助 CSSA (請註明檔案編號 File No: _____) <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 Disability Allowance (<input type="checkbox"/> 低額 Low/ <input type="checkbox"/> 高額 High) <input type="checkbox"/> 其他津貼 Other Allowance (請註明 Please state : _____)

治療情況 Treatment

首次確診 First Diagnosis: _____ 年 Y 月 M	確診期數 Cancer Stage: _____ 期 Stage
乳癌種類 Types of breast cancer:	
<input type="checkbox"/> 荷爾蒙受體呈陽性(ER+或 PR+ 受體呈陽性) <input type="checkbox"/> HER2 受體呈陽性 <input type="checkbox"/> 三陰性型(即 ER, PR 及 HER2 受體呈陰性) Triple Negative <input type="checkbox"/> 原位癌 Carcinoma in situ <input type="checkbox"/> 其他 Others _____	
現時就診於(可選多項) Treatment Location (one or more answers):	
<input type="checkbox"/> 公立 Public(醫院/診所名稱 Name of Hospital or Clinic : _____) <input type="checkbox"/> 私家 Private(醫院/診所名稱 Name of Hospital or Clinic : _____) <input type="checkbox"/> 兩者皆有 Both	

現正接受治療(可選多項)Types of Treatment (one or more answers):

電療 Radiotherapy _____次 化療 Chemotherapy (藥物名稱 Name of medicine _____)

手術 Surgery(全乳 Mastectomy /部分 lumpectomy)

標靶藥物 Targeted Therapy(藥物名稱 Name of medicine _____)

荷爾蒙藥物 Hormonal (藥物名稱 Name of medicine _____)

其他 Others _____

現正是 Now:

首次確診 First Diagnosis

復發，復發前曾接受治療(可選多項)Relapse, types of treatment (one or more answers): 電療 Radiotherapy

化療 Chemotherapy 手術 Surgery 標靶藥物 Targeted Therapy

荷爾蒙藥物 Hormonal 其他 Others _____

有否成功申請到藥物資助計劃? Drug Assistance Programme applied? 有 Yes 沒有 No

關愛基金 CCF 撒瑪利亞基金 Samaritan Fund

聖雅各福群會惠澤社區藥房藥物資助計劃 St. James' CS

香港防癌會藥物資助計劃 HKACS 香港乳癌基金會 HKBCF 其他 Others _____

申請化療陪診服務之主要原因 Reason for Applying Chemotherapy Companion Services:

獨居 Living alone 家人無時間陪同 Not accompanied by family members 年紀大 Old

其他原因 Other reasons: _____

如何得悉本計劃資料 Where did you hear about us?

海報/傳單 Poster/leaflets 報章/雜誌 Newspaper/Magazines 網上宣傳 Internet

朋友推薦 From friends 其他機構介紹 Other organizations 其他 Others : _____

欲申請第一次陪診服務 First time application for Chemotherapy Companion Services:

覆診日期 Date: 年 Y 月 M 日 D	覆診時間 Time: 上午 AM/下午 PM 時 O'clock
陪診地址(只限公立醫院) Location (Only for public hospital) :	
義工送回病人住址 (只限送病人到達住所樓下或大堂)Residence Address(Only for residence lobby)	
預計陪診時間(由義工在醫院等候病人至送病人回到住所樓下或大堂)	
由上午/下午____時至上午/下午____時 Estimated time From AM/PM _____ O'clock to AM/PM _____ O'clock	
提示義工注意事項 Remark for Volunteer:	

**備註:「粉紅天使化療陪診服務」,需於化療最少 5 天前預約,並由主任接受助人的狀況及需要作出評估,如未能成功配對義工,本會儘早通知受助人。Remark: for Chemotherapy Companion Services, please call 5 days prior to treatment for assessment and volunteer matching.

免責聲明:本慈善機構只為義工購買意外保險,但此保險並不包括受助人,所以受助人不可向本機構作出任何保險索償。受助人確認知道此事。Our accident insurance only covers volunteers, it does not cover patients. Please note patients cannot claim any compensation.

聲明:申請人同意上述個人資料可供本會安排配對義工服務及乳癌相關研究之用。本人已詳閱以上須知,願意接受所列之條件,使用「粉紅天使陪診計劃」。I have read and agree that my personal data collected are for patient's services and breast cancer related research and accept the Pink Angel services condition.

填寫人名稱 Signature : _____ 填寫日期 Date : _____

~~~~~

以下由本中心職員/義工主任填寫 Official Use Only:

申請批核: 接納    不接納(原因: \_\_\_\_\_)    批核人姓名: \_\_\_\_\_