



向日葵互協會會員登記表

個人資料

姓名 (中) _____ 稱謂 小姐 女士 太太
 (英) _____ 出生日期 _____ 身份證/
 _____ 護照號碼 _____ ()

地址 室 _____ 樓 _____ 座 _____ 大廈名稱 _____ 屋苑名稱 _____
 街號 _____ 街道 _____ 地區 香港 九龍 新界

電話 (住宅) _____ (手提) _____
 電郵 _____ 傳真 _____ 住宅 辦公室

會員類別 乳癌 婦科癌 位置 _____

會籍 長者 綜援 普通 年度 _____

居住狀況 獨居 與家人 / 親屬同住 與朋友同住

經濟狀況 自給自供 綜援 傷殘津貼 家人供養 其他 _____

工作狀況 在職 職業 _____ 主婦 學生 待業 退休

請轉後頁

病歷及治療情況 (只供癌症患者填寫)

| | | |
|------|---|-----------------|
| 原位癌 | 擴散部位 (如適用) | 初次患病日期 (月/年) |
| 所屬醫院 | <input type="checkbox"/> 伊利沙伯 <input type="checkbox"/> 瑪麗 <input type="checkbox"/> 屯門 <input type="checkbox"/> 威爾斯 <input type="checkbox"/> 東區尤德 <input type="checkbox"/> 瑪嘉烈 | |
| | <input type="checkbox"/> 其他公立 _____ <input type="checkbox"/> 私家 _____ | |
| 病情 | <input type="checkbox"/> 診斷期 <input type="checkbox"/> 等待治療 <input type="checkbox"/> 治療期 <input type="checkbox"/> 康復期 | |
| | <input type="checkbox"/> 復發 部位 _____ 日期 (月/年) _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |
| 治療 | <input type="checkbox"/> 手術 日期 (月/年) _____ 切除部位 _____ | |
| | <input type="checkbox"/> 化療 日期 (月/年) _____ | |
| | <input type="checkbox"/> 放射治療 日期 (月/年) _____ | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 日期 (月/年) _____ | |

其他

如何得悉本會

醫院 親友 診所 刊物 其他團體轉介 其他

你願意本會的關懷義工與你聯絡，互相鼓勵支持嗎？ 願意 不願意

你願意加入本會的義工行列嗎？ 願意 不願意

你願意收到伊利沙伯醫院的通訊及資料嗎？ 願意 不願意

你願意收到癌協中心的通訊及資料嗎？ 願意 不願意

本會收集得之個人資料只供伊利沙伯醫院、香港癌症基金會及其網絡內部使用；並確保資料得到保密處理。如欲查閱或更改有關閣下的個人資料，請與我們聯絡。

申請人簽名

填表日期 (日 / 月 / 年)

此欄由本會填寫

會員編號

收據號碼

會籍有效期： 年 月 日至 年 3 月 31 日

會員証簽
發日期

歡迎信 襟章

聯絡網組別

負責義工
簽名

資料輸入日期 (日/月/年)：

負責義工簽名：

本會地址：九龍黃大仙下邨龍昌樓 C 翼 2-8 號地下

電話：3656 0838 傳真：3656 0920

Rev 2010