



## 粉紅之友申請表格

如何知悉本會 How do you know about us :

粉紅熱線 Hotline  海報/傳單 Leaflet/Poster  報章/雜誌 News  網上宣傳 Facebook/YouTube

其他機構介紹 Other Organizations \_\_\_\_\_  其他 Others \_\_\_\_\_

朋友/醫生/醫院 Friend/Doctor/Hospital

需要本會服務 :

- |                                                            |                                                             |                                                       |                                                           |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 陪伴/陪診<br>Companion Services       | <input type="checkbox"/> 粉紅 WhatsApp 群組<br>Support Group    | <input type="checkbox"/> 粉紅熱線/電話支援<br>Hotline         | <input type="checkbox"/> 登記成為義工<br>Volunteer Registration |
| <input type="checkbox"/> 粉紅學苑/療愈課程<br>Survivorship Program | <input type="checkbox"/> 粉紅/加油聊天室<br>Chat Room              | <input type="checkbox"/> 粉紅醫道<br>Pink Medical         | <input type="checkbox"/> 會員優惠<br>Member Discount          |
| <input type="checkbox"/> 粉紅學苑/醫生講座<br>Education Talk       | <input type="checkbox"/> 一對一專業服務<br>Professional Counseling | <input type="checkbox"/> 淋巴水腫服務<br>Lymphedema Service |                                                           |

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

個人資料 (以下資料全部保密) Personal information - All personal information will be kept confidential

姓名 Name	(中文)	(英文)
身份証號碼 ID Card No. (前 4 個字母)	性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 Date of Birth 年 月 日
居住地址 Address		
電話 Tel	(手提) Mobile	(住宅) Residence
行動能力 Mobility	<input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 慢行 <input type="checkbox"/> 使用助行器(包括拐杖/手義/圍架等) Can walk / Walk with aid <input type="checkbox"/> 輪椅 Wheelchair <input type="checkbox"/> 其他 Others 請註明	
教育程度 Educational Background	<input type="checkbox"/> 小學或以下 Primary or below <input type="checkbox"/> 中學 Secondary <input type="checkbox"/> 大專 Community 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	
居住狀況 Residential Status (可選多項)	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 夫妻共住 <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 與工人同住 <input type="checkbox"/> 院舍 <input type="checkbox"/> 其他	

緊急聯絡人資料 Emergency Contact (如病者因健康或能力問題不適宜聯絡·或遇上緊急事故以作聯絡)

姓名 Name	*先生/女士	關係 Relationship
電話 Tel	手提 Mobile	住宅 Residence 辦公室 Office

經濟狀況 Economic Status

經濟來源 Incomes & Resources (可選多項)	<input type="checkbox"/> 收入 Incomes	<input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 沒有收入 <input type="checkbox"/> 子女供養 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 退休人士
	<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"/> 長者生活津貼 - <input type="checkbox"/> 低額 <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 綜合援助 請註明檔案編號 _____ <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 - <input type="checkbox"/> 低額 <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 其他津貼 請註明 _____



### 治療情況 Treatment

首次確診時期 First Diagnosis	年 月	確診期數 Cancer Stage	期
乳癌種類	<input type="checkbox"/> 荷爾蒙受體呈陽性(ER+/ PR+ 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"/> 其他		<input type="checkbox"/> HER2+ 受體呈陽性 <input type="checkbox"/> 原位癌
就診於 (可選多項) Treatment Location			
<input type="checkbox"/> 公立 醫院/診所	<input type="checkbox"/> 手術 公立/私家 - 醫生		
<input type="checkbox"/> 私家 醫院/診所	<input type="checkbox"/> 化療 公立/私家 - 醫生		
<input type="checkbox"/> 兩者皆有	<input type="checkbox"/> 電療 公立/私家 - 醫生		

### 治療方案 (可選多項) Types of Treatment

<input type="checkbox"/> 電療 Radiotherapy _____ 次	<input type="checkbox"/> 化療 Chemotherapy _____ 次 (紅針 _____ 次/ 白針 _____ 次/ 卡鉑 _____ 次)
<input type="checkbox"/> 手術 Surgery 年份 _____ 全乳 Mastectomy / 部份 Lumpectomy (左 / 右)	
<input type="checkbox"/> 切除前哨淋巴 (左 / 右) _____ 粒 <input type="checkbox"/> 切除淋巴 (左 / 右) _____ 組 / 粒	
<input type="checkbox"/> 標靶藥物 Targeted Therapy - 單標靶 / 雙標靶 / CDK4/6 (Palbociclib FDA / Ribociclib / Abemaciclib)	
<input type="checkbox"/> 荷爾蒙藥物 Hormonal - Tamoxifen / AI (Arimidex / Aromasin / Letrozole) / 藥物 _____	
<input type="checkbox"/> 停經針 <input type="checkbox"/> 其他 Others	

現正是 <input type="checkbox"/> 首次確診	<input type="checkbox"/> 復發 年份 _____ 擴散至 _____
復發時曾接受治療 (可選多項)	<input type="checkbox"/> 電療 _____ 次 位置 _____ <input type="checkbox"/> 化療 _____ 次 藥物 _____ <input type="checkbox"/> 手術 年份 _____ 位置 _____ <input type="checkbox"/> 標靶藥物 _____ <input type="checkbox"/> 荷爾蒙藥物 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 公立 醫院/診所	<input type="checkbox"/> 私家 醫院/醫生
有否成功申請到藥物資助計劃 Drug assistance programme <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	
<input type="checkbox"/> 關愛基金	<input type="checkbox"/> 聖雅各福群會惠澤社區藥房藥物資助計劃
<input type="checkbox"/> 撒瑪利亞基金	<input type="checkbox"/> 香港防癌會藥物資助計劃
	<input type="checkbox"/> 香港乳癌基金會
	<input type="checkbox"/> 其他

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。受助人確知道此事。Our accident insurance only covers volunteers, it does not cover patients. Please note patient cannot claim any compensation.

聲明：申請人同意上述個人資料可供本會安排支援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 service and breast cancer related research and accept the Pink Angel service condition.

申請人同意把電話資料放 WHATSAPP 社群並同意接收中心最新資訊。

填寫人簽署 Signature \_\_\_\_\_

填寫日期 Date \_\_\_\_\_

以下由本中心職員/義工主任填寫 Official use only:

登記人 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

全球華人乳癌組織聯盟

電話：3618 8330

電郵：breastcancer.bcalliance@gmail.com

香港九龍荔枝角大南西街 609 號永義廣場 29 樓 C 室  
Unit 29C, Easy Tower, 609 Tai Nan West Street, Lai Chi Kok, Kowloon, Hong Kong

Forms-陪診-粉紅天使化療陪診服務申請表格 V5 3907202

