

台灣神經內分泌腫瘤病友關懷協會—會員申請表



會員編號：_____

一、**基本資料**姓名：_____ 生日：____年____月____日

性別： 男 女

會員身份： 病友 家屬(父母 配偶 子女 其他_____)

電話：(住家) _____ (手機) _____

其他聯絡人(手機)：_____ 關係：_____

居住地址：_____

LINE 帳號或電子信箱：_____



二、**疾病治療狀況**

腫瘤發生部位：_____ (可參考第二頁神經內分泌腫瘤常見部位圖示)

診斷時間：____年____月 目前主治醫師：_____

(1)手術治療醫院：_____ (2)化放療醫院：_____

(3)疾病追蹤醫院：_____

腫瘤細胞分化級別： G 1 G 2 G 3 不清楚

治療情形：

a. 手術治療 有(____年____月；切除部位：_____) 無

b. 化學治療 有(____年____月~ ____年____月) 無

c. 放射治療 有(次數：____次；部位：_____) 無

d. 其他治療 _____

如：賀爾蒙治療. 標靶治療. 免疫療法. 肽受體放射性核素治療 (PRRT)

目前身體狀況： 康復中 治療中

復發 (____年____月；部位：_____)

轉移 (____年____月；部位：_____)



111 年 10 月版



三、其他資訊 (以病友為主)

工作狀況： 就業中 (工作內容：_____) 家管

暫停就業 (原工作內容：_____) 退休

最高學歷： 國小 國中 高中職 專科 大學 碩士 博士

同住人口： 夫妻 父母 子女 手足 親戚 朋友 (可複選) 共____人

主要陪伴者： 夫妻 父母 子女 手足 親戚 朋友 (可複選)

入會訊息來源： 醫護人員 醫院癌資中心 病友關懷協會 FB 私密社團

病友關懷協會粉絲專頁 其他_____

有意願參加/接受的活動及服務：(可複選)

學習講座 病友關懷(電話/面對面) 戶外活動 接受採訪

個人資料提供同意書

1. 本會(台灣神經內分泌腫瘤病友關懷協會)取得您的個人資料，**目的在於提供病友支持服務**，並依據個人資料保護法第 19 條第五款：經當事人同意，進行蒐集或處理個人資料。
2. 本次蒐集與使用您的個人資料如會員申請表內文所列，包含：姓名、性別、生日、國民身分證統一編號、電話號碼、居住地址、電子信箱、癌症疾病治療狀況、工作內容、最高學歷、家庭人口概況等。
3. 您同意本會以您所提供的個人資料確認您的身份、與您進行聯絡，並同意本會於您入會後繼續處理及使用您的個人資料。
4. 您可依個人資料保護法，就您的個人資料向本會：
(1)請求查詢或閱覽 (2)製給複製本 (3)請求補充或更正 (4)請求停止蒐集、處理及利用或 (5)請求刪除。
5. 本同意書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。
6. 您瞭解此一同意書符合個人資料保護法且瞭解其內容，並同意本同意書所列之事項。

立同意書人： _____ (簽名)

立同意書日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〈神經內分泌腫瘤常見部位〉

