

病友基本資料表

編號

壹、基本資料

1. 病友姓名：_____ 性別：女 男 身分證字號：_____ 手機：_____
2. 出生：_____年_____月_____日 籍貫：_____ 慣用語言：國 台 客 其它：_____
3. 戶籍地址：_____ 電話：_____
4. 居住地址：_____ 電話：_____
5. 主要聯絡人：_____ 關係：_____ 電話/手機：_____
第二聯絡人：_____ 關係：_____ 電話/手機：_____
6. 家庭成員：父：存 歿；母：存 歿；兄弟姐妹共 _____ 人，病友排行第 _____ 位；
子 _____ 人 女 _____ 人
7. 同住成員：配偶 兄弟姐妹 子女 父母 獨居 機構 看護
其它：_____
- 居住房屋：自有 租賃，每月 _____ 元 親友借用 其它：_____
8. 婚姻狀況：已婚，與配偶同住 已婚，未與配偶同住 未婚單身 分居 離婚
喪偶 其它：_____
9. 宗教信仰：無 佛教 民間信仰 一貫道 基督教 天主教 回教
其它：_____
10. 教育程度：不識字 識字 國小 國中 高中職 大專 碩士 博士
11. 工作經歷：金融/保險 公職人員 軍警人員 教育/研究 工商產業
服務業 農漁牧業 家管 其它：_____
12. 工作現職：金融/保險 公職人員 軍警人員 教育/研究 工商產業
服務業 農漁牧業 家管 其它：_____
13. 經濟來源：本人 配偶 子女 父母 親戚 朋友
社會福利：_____ 其它：_____
14. 興趣：球類運動 慢跑 登山 游泳 散步 唱歌 閱讀 下棋 逛街
旅遊 晨間活動：_____ 其它：_____
15. 確診疾病名稱：運動神經元疾病 肌萎縮性側索硬化症(ALS) 甘迺迪氏症

貳、健康/疾病情況：

1. 目前身體功能狀況

- (1) 上肢 正常 乏力，但可自理 無力，部分可自理 只有手指能動 無任何動作
- (2) 下肢 正常 乏力，但可行走 無力，可站立 無法站立，但可伸屈 無任何動作
- (3) 語言 正常 沙啞字句清楚 沙啞構音不清楚 可發出聲音 無法發出聲音
- (4) 痰 正常 有一點痰 痰多無力咳出 使用抽痰機或化痰機
- (5) 呼吸 正常 有點喘 很喘 使用 Bipap 呼吸器(開始使用年月：_____)
 氣切(開始使用年月：_____)
- (6) 吞嚥 正常 進食固體食物困難 進食軟食有困難 無法吞嚥
 鼻胃管(開始使用年月：_____) 胃造口(開始使用年月：_____)
 腸造口(開始使用年月：_____)

2. 是否罹患其它疾病 無

- 有 高血壓 心臟病 糖尿病 痛風 氣喘 腎臟病 肝病 胃病 癲癇
 泌尿系統疾病 帕金森氏症 失智症 其它疾病：_____

* 上述疾病固定服藥 無 有_____

3. 開刀史 無 有，部位：_____

4. 診斷史/醫療史

- (1) 最早出現罕見疾病症狀的時間：民國_____年_____月
最早出現的症狀： 手部無力 腳部無力 口語不清 吞嚥困難
 其它(簡單描述)：_____

- (2) 曾被誤診為： 重症肌無力 腕隧道症 背頸部神經壓迫(骨刺)
 中風 關節炎 其它：_____

- (3) 確診時間：民國_____年_____月_____日

確診醫院：_____ 確診醫師：_____

目前就診醫院：_____ 就診醫師：_____

- (4) 確診後曾接受的治療： 氣功 推拿 整脊 針灸 復健
 注射神經生長因子 幹細胞移植 中醫
 其它：_____

- (5) 罕見疾病服用的藥物： 無 有，名稱：_____

- (6) 目前服用的健康食品： 無 有，名稱：_____

- (7) 家族是否有其他成員罹患罕見疾病： 無

有 運動神經元疾病 ALS 甘迺迪氏症 其它：_____

稱謂：_____

叁、社會福利服務資源使用

1. 福利身分：

(1) 重大傷病卡：無 有

肌萎縮性側索硬化症(ALS) 甘迺迪氏症 呼吸衰竭 其它：_____

(2) 身心障礙證明：第_____類，障礙等級：_____，ICD：_____ 申請中 未申請

(3) 低收入戶，第_____類 中低收入戶 一般身分

2. 經濟補助：無 有

低收入戶補助：_____元/月 中低收入戶補助：_____元/月 身心障礙生活補助：_____元/月

急難救助 托育養護/養護補助 獎助學金/學雜費減免 輔助器具補助

房屋租賃補助 民間補助(請說明)：_____ 其它(請說明)：_____

3. 福利服務：無 有

居家服務(照顧/護理/復健服務) 臨時照顧服務(在宅/定點)

短期照顧服務 交通服務(復康巴士) 其它(請說明)：_____

居家護理所_____

4. 安置服務：無

有 機構名稱：_____，醫院：_____

肆、獲得本會服務資訊來源

醫院/醫院人士 網路 機構轉介 政府轉介 親友介紹 媒體(電視、報紙...)

其它：
.....

敬請檢附 神經內科疾病診斷書

112.01.12 修訂