



香港肌健協會

入會申請表

本會是一個專為神經肌肉疾病患者及家屬提供資訊及社區復康服務，強調自助互助及病人權益的非牟利自助組織。宗旨是致力促進及提高患者的生活質素，並且團結力量創造有利的社會環境。

如在填寫表格時有任何疑問，歡迎聯絡本會。

通訊地址：新界荃灣大窩口邨富雅樓地下1號

電話 2338 4123 傳真：2338 2410 電郵：info@hknmda.org.hk

會員資格：凡成年的神經肌肉疾病患者 及其直系家屬(父母、夫妻或子女)均可申請成為會員
本人是 患者 家屬，現申請加入香港肌健協會，成為 會員 永久會員*

*表格內所述的**患者**是指經醫生確診為神經肌肉疾病人士，申請人需同時提交醫生確診證明文件。

申請人姓名：_____ (中) _____
(英)

出生日期：_____ 性別：_____ 身份証號碼：_____

地址：_____

電話：(住) _____ (辦) _____ (傳真) _____

手提電話：_____ 電子郵箱：_____

(二)患者資料：*若申請人為患者此部分不用填寫

姓名：_____ (中) _____ (英)

出生日期：_____ 性別：_____ 身份証號碼：_____

地址：_____

- (三)病類**
- 運動神經細胞疾病 (Motor Neuron Disease, MND)
 - 脊髓肌肉萎縮症 (Spinal Muscular Atrophy, SMA)
 - 肌肉營養不良症 (Muscular Dystrophy, MD)
 - 多發性硬化症 (Multiple Sclerosis, MS)
 - 脊髓小腦運動失調症(Spinocerebellar Ataxia, SCA)
 - 視神經脊髓炎譜系病 (Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder, NMOSD)
 - 其他神經—肌肉疾病 (others) 請註明：_____

監護人 (適用於未成年申請人) **聯絡人** (適用於成年申請人親友)

姓名：_____ 電話：_____ 與申請人關係：_____

地址：_____

* **會費：**永久會員\$200；普通會員每年收費\$20。費用請以劃線支票支付，抬頭寫「香港肌健協會」，或存入匯豐銀行戶口 078-353133-838，並把支票或入數紙連同表格寄回(請勿郵寄現金，入數紙請影印留副本)。

本會財政年度始於四月一日，於年度中入會者需繳交全年會費。於年度尾(一月一日以後)入會者，可獲該年度及下一年度全年會籍。

患者現況

患者病發年份：_____ 覆診地點／醫院：_____

發病前職業：_____ 目前就業情況：_____

是否有其他親人患有神經肌肉疾病： 是（請說明_____） 否

患者健康情況（可選擇多項）：

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 容易跌倒 | <input type="checkbox"/> 不能步行 | <input type="checkbox"/> 雙手不能舉高／屈後 |
| <input type="checkbox"/> 談話發音不清 | <input type="checkbox"/> 吞嚥困難 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 咳嗽困難 | <input type="checkbox"/> 關節／肌肉痛楚 |
| <input type="checkbox"/> 情緒低落／不穩 | <input type="checkbox"/> 皮膚敏感 | <input type="checkbox"/> 唾液過多／過少 |
| <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 | <input type="checkbox"/> 頸項無力 | <input type="checkbox"/> 智力受阻 |

其他(請註明：_____)

患者活動情況：

- 自己步行 別人攙扶下步行 助行器 輪椅 電動輪椅

患者正使用復康用具種類：

- 手杖 手推輪椅 電動輪椅 扶助架 大便椅 呼吸器 溝通儀器

其他(請註明：_____)

申請人有興趣參與下列那幾項活動：

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自助復康課程 | <input type="checkbox"/> 聚會 | <input type="checkbox"/> 社交康樂活動 |
| <input type="checkbox"/> 醫療健康講座 | <input type="checkbox"/> 關懷探訪 | <input type="checkbox"/> 社會政策關注 |
| <input type="checkbox"/> 心理輔導小組 | <input type="checkbox"/> 照顧技巧訓練 | <input type="checkbox"/> 通訊出版工作 |

其他(請註明：_____)

申請人技能：

- 電腦 寫作 關懷 人際溝通 組織活動

其他(請註明：_____)

患者如參加活動，是否需要復康巴接送：

是（請列明上車地點：_____） 否

患者現在是否領取綜合社會保障：

是（綜援檔案編號：_____） 否

- 條款：
- 會員資料只用於與機構職能及活動直接有關的項目上
 - 本人同意協會之代表就關於協會工作及活動聯絡本人；未成年會員之一切有關於選舉之權利將由其登記的監護人代行
 - 本人明白協會為註冊非牟利自助組織，並同意遵守會章
 - 入會申請須經理事會審議及批准，會籍方行生效

申請人 / 監護人簽署：_____ 日期：_____

個人資料收集

- 每名入會申請者均須填妥一式兩份(供中心紀錄及自行備存)的個人資料使用聲明，以確認知悉與同意其資料於本會之用途。

個人資料收集聲明(供中心紀錄)

- (1) 香港肌健協會（下稱本會）按《個人資料（私隱）條例》，確保儲存的個人資料準確、獲適當處理及嚴守保密原則並妥善儲存，並依照在收集資料時所說明的目的使用該等資料。
- (2) 本會收集你的個人資料，目的是建立一個病人互助網絡，促進病友的聯繫及自助互助目標，包括提供與服務有關的通訊、發出收據、收集意見、提供活動和訓練課程等。你向本會提供個人資料純屬自願，如你未能提供足夠個人資料，本會可能無法有效處理你的申請或提供服務。
- (3) 本會可能使用你的個人資料，作為日後活動推廣及服務研究之用。你可以透過電話/電郵/傳真/郵寄方式，向本會查閱/更新/要求停止使用你的個人資料，費用全免。
電話: 2338 4123 傳真: 2338 2410 電郵: info@hknmda.org.hk
地址: 新界荃灣大窩口邨富雅樓地下 1 號 (香港肌健協會)

如你同意上述本會使用個人資料的安排，請於下方簽署作實。

簽署 Signature : _____ 姓名 Name : _____

日期 Date : _____

個人資料收集聲明(供自行備存)

- (4) 香港肌健協會（下稱本會）按《個人資料（私隱）條例》，確保儲存的個人資料準確、獲適當處理及嚴守保密原則並妥善儲存，並依照在收集資料時所說明的目的使用該等資料。
- (5) 本會收集你的個人資料，目的是建立一個病人互助網絡，促進病友的聯繫及自助互助目標，包括提供與服務有關的通訊、發出收據、收集意見、提供活動和訓練課程等。你向本會提供個人資料純屬自願，如你未能提供足夠個人資料，本會可能無法有效處理你的申請或提供服務。
- (6) 本會可能使用你的個人資料，作為日後活動推廣及服務研究之用。你可以透過電話/電郵/傳真/郵寄方式，向本會查閱/更新/要求停止使用你的個人資料，費用全免。
- 電話: 2338 4123 傳真: 2338 2410 電郵: info@hknmda.org.hk
地址: 新界荃灣大窩口邨富雅樓地下 1 號 (香港肌健協會)

如你同意上述本會使用個人資料的安排，請於下方簽署作實。

簽署 Signature : _____ 姓名 Name : _____

日期 Date : _____