



香港小腦萎縮症協會

Hong Kong Spinocerebellar Ataxia Association

地址：九龍橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 電話 Tel：2794-3010

傳真 Fax：2338-4820 電郵 e-mail：scaa.hk@gmail.com 網址 www.hkscaa.org

入會申請表格

(凡小腦萎縮症患者及其年齡滿 18 歲之直系家屬，均可申請加入本會。)

本人為 患者／ 家屬，現申請加入香港小腦萎縮症協會，成為 基本會員／ 永久會員。

(1) 申請人資料

姓名：(中)_____ (英)_____

性別： 男 女 出生日期：_____年____月____日

電話：(住)_____ (手機)_____

傳真：_____ 電郵：_____

居住地址：(中)_____

通訊地址：(中)_____

緊急聯絡人姓名：_____電話：_____ (與聯絡人關係)：_____

宗教： 無宗教 佛教 天主教 基督教 其他(請註明)：_____

患者姓名(只供家屬會員填寫)：_____ (與患者關係)：_____

(乙) 患者現況 (必須填寫。惟若申請人為家屬，患者同時為會員，則家屬毋須填寫)

患者病發年份：_____ 覆診地點／醫院：_____

是否知悉屬於小腦萎縮症哪一類型： 否 是(請說明)_____

是否有其他親人患有小腦萎縮症： 否 是(請說明)_____

發病前職業：_____ 目前職業：_____

活動情況： 自己步行 須別人攙扶 拐杖 助行架 手動輪椅 電動輪椅

患者如參加活動，是否須乘搭復康車： 是 否

(請轉後頁)

患者是否領取綜合社會保障： 否 是(綜援檔案編號)：_____

健康情況：(可選多項)

肢體搖晃，容易跌倒

難以握筆書寫

肢體乏力，不能站立

說話發音不清晰

進食時容易噎咳

無法語言

眼球影像「重疊」

關節／肌肉痛楚

吞嚥困難

暈眩

失眠

頸項無力

情緒低落／不穩

便秘

脊柱側彎

(丙) 申請者有興趣參與下列活動 (可選多項)

醫療健康講座

照顧技巧訓練

分享傾談聚會

自助復康訓練

室內康樂活動

探訪關懷

情緒輔導小組

戶外康樂活動

參觀

其他(請說明)： _____

(丁) 申請者有興趣協助下列會務工作 (可選多項)

策劃活動

學校探訪

電腦輸入

主持活動

社區宣傳工作

撰寫文稿

協助活動進行

接受傳媒訪問

通訊出版工作

電話關懷

籌募經費工作

醫務, 福利政策關注

其他(請說明)： _____

申請人簽署： _____

申請日期： _____

批核者簽署： _____

批核日期： _____

備註：

1. 入會申請須經執行委員會審議批准，會籍方為有效。
2. 會員資料只用於與本會職能及活動直接有關的項目。
3. 申請人明白本會為註冊非牟利自助組織，並同意遵守會章。
4. 申請人同意本會之代表就關於本會的工作及活動聯絡申請人。

★會費：基本會員每兩年港幣 30 元正；永久會員一次性繳交港幣 200 元正。本會財政年度始於四月一日，若會員加入時為年度尾（一月一日後），該年度獲免費優惠，會籍由下年度開始計算。

會費可以現金或支票繳交，支票抬頭請寫上「香港小腦萎縮症協會」；或直接存入本會恒生銀行戶口：204-204200-668，把存款單傳真或郵寄本會。並請附上個人資料，以便寄發收據。