

會員編號: _____ (由職員填寫)

博愛醫院病人資源中心

「心甜之友」會員申請表格

個人資料收集聲明: 閣下的個人資料將會被保密，未經閣下同意，本中心將不會向第三者披露。本中心所收集的個人資料只供一般有關目的(包括但不限於入會、活動宣傳、會員通訊及數據分析之用。本中心或會透過電話、手機短訊及文字訊息等聯絡閣下，向你提供有關活動、健康相關的資料及訊息。如你日後希望更改你的個人資料，請在辦公時間內與博愛醫院病人資源中心職員聯絡。

姓名:	_____ (中文)	_____ (英文)
性別:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年份: _____ 年
職業:	_____	身份證號碼: _____ XXX(X) (首英文字母及首 3 位數字)
電話:	_____ (手提電話)	_____ (住所)
你是否同意接收 Whatsapp 訊息?	<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
患病年期:	<input type="checkbox"/> 少於 1 年 <input type="checkbox"/> 1-5 年 <input type="checkbox"/> 6-10 年 <input type="checkbox"/> 10 年以上	
覆診地點/診所:	_____	
治療方法:	<input type="checkbox"/> 飲食治療 <input type="checkbox"/> 口服藥物 <input type="checkbox"/> 注射胰島素 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請註明)	
有否併發症?	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 糖尿眼 <input type="checkbox"/> 糖尿腳 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請註明)] <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 不清楚	
本人同意及清楚明白上述個人資料收集聲明的內容，及確保以上資料正確無誤。		
申請者簽名:	_____	申請日期: _____

填妥表格後，請交回博愛醫院 1 樓病人資源中心。
如有任何查詢，請致電 2486 8402 與中心職員聯絡。

博愛醫院 病人資源中心

「心甜之友」會員申請表格

本會為醫院管理局屬下的糖尿病病友互助組織，宗旨是讓組員發揮互助自助的精神，從而積極投入復康的過程。加入「心甜之友」，你可以：

- 定期收到管理糖尿病的資訊及活動消息
- 優先參加「心甜之友」活動，過往活動花絮：



戶外旅行、郊遊



健康美食烹飪班



健康教育講座



病友分享會

健康運動班

入會資格：

- 年滿 18 歲之糖尿病人
- 於醫院管理局新界西醫院聯網轄下醫院或診所覆診

入會費用：全免

查詢：2486 8402

一起籌謀

甜在心頭

心甜之友



心甜之友

關懷左右