

敬請填妥以下表格

雀巢健康科學「癌症關懷中心計畫」申請同意書

* 為受理審查必填項目

癌友姓名*：	癌友性別*： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡*：
指定聯繫人姓名*： <input type="checkbox"/> 同癌友	與癌友關係*： <input type="checkbox"/> 本人	
聯絡電話1*：	聯絡電話2：	
方便聯繫時間*： <input type="checkbox"/> 上午09:00~12:00 <input type="checkbox"/> 下午13:00~18:00	Email：	
聯絡地址*： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市/縣	區/市/鄉/鎮
路	巷	弄
號	樓之	
癌別/期別*：癌 期 (<input type="checkbox"/> 初診 / <input type="checkbox"/> 復發)	目前治療狀況： <input type="checkbox"/> 準備治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 追蹤中	
目前/過去接受/準備的治療(複選)*： <input type="checkbox"/> 手術切除 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射治療 <input type="checkbox"/> 口服賀爾蒙 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫治療 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
最在意或已發生之副作用(複選)： <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 容易疲倦 <input type="checkbox"/> 食慾不振 <input type="checkbox"/> 味/嗅覺改變 <input type="checkbox"/> 腸胃不適 <input type="checkbox"/> 白血球數目偏低 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 掉髮 <input type="checkbox"/> 情緒抑鬱 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜破損 <input type="checkbox"/> 手腳無力 <input type="checkbox"/> 術後傷口恢復不佳 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
是否已經有使用癌症營養品？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有，品牌/產品名稱：_____		
其他補充營養的方式(複選)：品牌為：_____ <input type="checkbox"/> 食補 <input type="checkbox"/> 高蛋白粉 <input type="checkbox"/> 左旋麩醯胺酸 <input type="checkbox"/> 高單位魚油 <input type="checkbox"/> 亞麻仁油 <input type="checkbox"/> 維生素B群 <input type="checkbox"/> 維生素D <input type="checkbox"/> 褐藻糖膠 <input type="checkbox"/> (滴)雞精/鱸魚精 <input type="checkbox"/> 靈樟芝多醣體 <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
您會補充營養的時機(複選)： <input type="checkbox"/> 確診罹癌後 <input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 化放療前 <input type="checkbox"/> 化放療期間 <input type="checkbox"/> 化放療後 <input type="checkbox"/> 預防副作用發生 <input type="checkbox"/> 減輕副作用症狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
如何得知本計畫*： <input type="checkbox"/> 藥局通路，區域/名稱：_____ <input type="checkbox"/> 癌症病友基金會/協會介紹 <input type="checkbox"/> 醫護專業人員(社工)轉介，醫院/單位/職稱/姓名：_____ <input type="checkbox"/> 講座/活動，地點/時間/名稱：_____ <input type="checkbox"/> 網路資訊(請圈選)：搜尋/新聞/廣告/Youtube <input type="checkbox"/> 雀巢健康科學官方平台(請圈選)：網路商城/電話客服/官方網站/ Facebook 粉絲團/ LINE 會員 <input type="checkbox"/> 其他：_____		專案小組審查結果 (此欄由承辦單位填寫) <input type="checkbox"/> 同意 專案負責人簽章：_____ <input type="checkbox"/> 不同意 原因： <input type="checkbox"/> 病人或指定聯絡人聯繫不上 <input type="checkbox"/> 其他_____

如已填妥上述表格，請至背面簽署同意書，以便授權此專案的相關聯繫！

黏貼處

我同意台灣雀巢股份有限公司得依「個人資料保護法」之相關規定，提供上述個人資料予台灣雀巢股份有限公司以及其所委託執行及管理本計畫、從事客戶服務、市場調查、產品推廣、銷售之人員、公司、機構或團體，得在提供營養衛教、療程照護等方面知識及為推廣、銷售台灣雀巢股份有限公司所製造、進口、銷售之產品或服務之範圍內，蒐集、處理及利用，並同意台灣雀巢股份有限公司得將下列個人資料提供予其關係企業，於與前述目的類似之目的範圍內，蒐集、處理及利用。利用之期間、地區、對象及方式均不受任何限制。我了解就所提供之個人資料依法得行使查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理及利用以及請求刪除等權利。一旦我請求停止蒐集、處理或利用、或刪除後，專案小組將停止蒐集、處理或利用、或刪除我的個人資料，我即視同退出本計畫。

我已確認本人及指定聯繫人(親友)簽署同意書時，即表示了解及同意上述所載的權利義務，請確保您所提供的指定聯繫人(親友)知情並授權此專案的相關聯繫。

癌友親簽：_____

簽署日期：_____

指定聯繫人(親友)親簽：_____

簽署日期：_____

* 請務必親簽及簽署日期，親簽即視為同意上述事項。

黏貼處

雀巢健康科學「癌症關懷中心計畫」專案小組收

收件地址 10595 臺北市松山區南京東路四段126號10樓之1~3

廣告回信
台灣北區郵政管理局登記證
北台字第3805號
掛號
(限向郵局窗口交寄)

收件人 _____

收件地址 _____

癌症關懷中心計畫

專業醫護 一對一 營養諮詢

免掛號 免出門 免候診 免診費

