



## 2019 花蓮義診

親愛的家長及小朋友，您們好：

羅慧夫基金會108年度花蓮義診活動即將開跑囉！您是否因為交通問題或工作關係而不能定期的帶孩子回診就醫呢？基金會為了持續關心顱顏家庭，邀約長庚顱顏中心盧亭辰醫師進行專題演講及義診，也會於活動中說明基金會提供的服務項目，歡迎大家踴躍報名參加！

- ◆ 活動時間：108年3月30日（六）9：50 - 14：00
- ◆ 活動地點：芥菜種會習藝會館（花蓮縣新城鄉北埔路13號）
- ◆ 活動對象：花蓮地區0-18歲顱顏患童暨家庭、有發音問題疑似隱性顎裂及顎咽閉鎖不全的患者
- ◆ 報名費用：免費
- ◆ 報名方式：
  1. 親洽報名：北部長庚、北醫顱顏門診，親洽社工報名
  2. 傳真或郵寄報名：將報名表傳真或郵寄至基金會報名  
（基金會地址：105台北市松山區民生東路四段54號7樓708室）
  3. 掃描QRcode以填寫google表單方式
  4. 聯絡資訊：鐘淑宥 社工  
信箱：yovicky@nncf.org  
電話：(02)2719-0408 轉 236  
傳真：(02)2712-8002  
手機：0978-708935  
（此為公務手機，活動當天才會開機）
- ◆ 報名截止日：**即日起至3/22（五）17:00止**（以郵戳為憑）
- ❖ 報到地點：基督教芥菜種會習藝會館 會議廳
- ❖ 活動流程：（避免活動延宕，請務必準時完成報到手續！）



| 時間          | 活動內容               |
|-------------|--------------------|
| 09:50~10:10 | 報到                 |
| 10:10~10:30 | 活動流程暨基金會服務介紹       |
| 10:30~11:30 | 醫療講座/幼兒活動          |
| 11:30~12:30 | 醫師義診/顱顏家庭經驗分享/社工諮詢 |
| 12:30~13:00 | 餐敘交流               |
| 13:00~14:00 | 自助團體開會(可自行評估是否加入)  |
| 14:00       | 賦歸                 |

❖ 交通資訊

|      |                                                                                                                                          |     |                                                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大眾運輸 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 搭花蓮客運往新城、亞泥、太魯閣、崇德公車至「習藝所站」</li> <li>• 花蓮火車站搭計程車，車程約 10 分鐘</li> <li>• 花蓮航空站，步行約 5 分鐘</li> </ul> | 自行車 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 北上沿台九線至中央路到底左轉接北埔路到習藝會館</li> <li>• 南下沿台九線至北埔路到習藝會館</li> </ul> |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2019 花蓮義診活動 報名表

| 報名資料                            |                                                                                                                                                                                                                                 |       |       |       |                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------------------------|
| 患童姓名                            |                                                                                                                                                                                                                                 |       | 生日    | 年 月 日 |                                                       |
| 性別                              | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                           |       | 身分證字號 |       |                                                       |
| 顱顏疾病診斷<br>(請圈寫)                 | <input type="checkbox"/> 顎裂(隱性/軟顎/完全性) <input type="checkbox"/> 半邊小臉症<br><input type="checkbox"/> 唇顎裂(單/雙側) <input type="checkbox"/> 小耳症(單/雙側)<br><input type="checkbox"/> 其他顱顏疾病：_____ <input type="checkbox"/> 顱顏合併其他症狀：_____ |       |       |       |                                                       |
| 聯絡方式                            | 聯絡人姓名：                                                                                                                                                                                                                          |       | 手機：   |       |                                                       |
|                                 | E-mail：                                                                                                                                                                                                                         |       |       |       |                                                       |
|                                 | 通訊地址：                                                                                                                                                                                                                           |       |       |       |                                                       |
| ★本活動為參加者投保旅平險，請務必填寫出生年月日及身分證字號。 |                                                                                                                                                                                                                                 |       |       |       |                                                       |
| 參加者姓名                           | 出生年月日                                                                                                                                                                                                                           | 與患者關係 | 身分證字號 | 電話    | 餐點                                                    |
|                                 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |       |       |       | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 |
|                                 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |       |       |       | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 |
|                                 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |       |       |       | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 |
|                                 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |       |       |       | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 |
| 小調查                             | 想要詢問醫師的問題：                                                                                                                                                                                                                      |       |       |       |                                                       |