

# 中華民國心臟病兒童基金會

## 心臟病童獎勵學金

### 申請表(適用高中以下) 民國113年版本

敬請備妥 1-5 項文件，連同此頁「申請表」依序排列並裝訂於左上角，並以掛號郵寄至：  
100 台北市青島西路 11 號 4 樓-4，文件不齊全者，恕無法參加評選，謝謝您的配合。

申請組別：☐小學 ☐國中 ☐高中(含高職、五專前三年)

就讀學校：\_\_\_\_\_暑假後升\_\_\_\_\_年級

姓名：\_\_\_\_\_電話：(住家)\_\_\_\_\_ (手機)\_\_\_\_\_

地址：□□□□\_\_\_\_\_

|                                   | 獎勵學金申請要點                           |                                                        | 說明                                                                                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受理時間                              | 民國 113 年 9 月 1 日~民國 113 年 9 月 30 日 |                                                        | 以 9 月 30 日郵戳為憑，超過日期恕無法受理                                                                                    |
| 申請資格<br>(請勾選)                     | <input type="checkbox"/>           | 曾接受外科手術或心臟導管治療(例如:放置關閉器、支架、節律器、肺動脈瓣及電燒、氣球擴張等)          | *曾於本會合約醫院作過心臟外科手術或心臟導管手術治療者。(非心導管檢查)<br>*合約醫院詳見本會網站( <a href="http://www.ccft.org.tw">www.ccft.org.tw</a> ) |
|                                   | <input type="checkbox"/>           | 特殊專案                                                   | *病童為特殊教育學生，請附學校證明<br>*可免交作文                                                                                 |
| 必備文件順序<br>(備齊打勾)                  | <input type="checkbox"/>           | 1. 本申請表                                                | *請將本申請表內項目逐一確認勾選                                                                                            |
|                                   | <input type="checkbox"/>           | 2. 心臟病童獎勵學金疾病診斷表                                       | *請主治醫師填寫並蓋章<br>*民國 106 年-112 年曾繳交者，可免再繳交<br>* <b>注意!不須提供醫院開立之診斷證明書, 請使用本申請表第二頁之疾病診斷表即可</b>                  |
|                                   | <input type="checkbox"/>           | 3. 學校正式成績單正本                                           | *請繳交一學年(上下學期)成績單正本<br>*小一新生沒有成績單，故未符合申請資格                                                                   |
|                                   | <input type="checkbox"/>           | 4. 健保 IC 卡影本                                           | *請繳交影印本                                                                                                     |
|                                   | <input type="checkbox"/>           | 5. 作文<br>國小組作文題目:我的學校生活<br>國高中組作文題目:<br>我的故事:與先天性心臟病同行 | *請自備稿紙撰寫或打字<br>*作文內容精采者，將逐期刊載於本會「兒心會刊」以資鼓勵                                                                  |
| 備註 1:必備文件資料不齊全者，恕無法受理申請，敬請見諒。     |                                    |                                                        |                                                                                                             |
| 備註 2:除發函通知獲獎者外，並於本會公開資訊公告獲獎者完整姓名。 |                                    |                                                        |                                                                                                             |

# 中華民國心臟病兒童基金會

## 心臟病童獎勵學金

### 疾病診斷表

日期:民國 113 年    月    日

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 姓    名：                                                                                                                                                   | 出生日期：    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 醫院名稱：                                                                                                                                                     | 病歷號碼：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>以下欄位由主治醫師填寫</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 曾經接受心臟導管治療，術式：_____ <input type="checkbox"/> 不曾接受心臟導管治療                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 曾經接受開心手術 <input type="checkbox"/> 一次 <input type="checkbox"/> 二次 <input type="checkbox"/> 三次以上 <input type="checkbox"/> 不曾接受開心手術 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 診斷名稱：_____                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 主治醫師：_____ (簽名並蓋章) 日期：_____                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b><u>嚴重度分級(必填!請依以下分類勾選)</u></b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>重度</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 所有單一心室手術 Fontan type operation (or TCPC)者，包括 single Ventricle, Hypoplastic left heart syndrome, Tricuspid atresia, mitral atresia, right atrial isomerism, 或是 double outle right ventricle, ccTGA, PA+IVS 且進行單一心室手術<br><input type="checkbox"/> 先天性心臟病合併嚴重肺高壓 Eisenmenger syndrome<br><input type="checkbox"/> 持續發紺血氧濃度小於 92% |
| <b>中度</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 先天性心臟病術後仍有大血管或肺靜脈中等程度以上狹窄，包括 TGA, TOF, extreme TOF, DORV, IAA, COA, TAPVR, PA+IVS, ccTGA<br><input type="checkbox"/> 先天性心臟病術後仍有中度以上瓣膜逆流者，包括 truncus arteriosus, TOF, extreme TOF, DORV, ECD, Ebstein' s anomaly, ccTGA<br><input type="checkbox"/> 經過兩次或兩次以上心臟手術者<br><input type="checkbox"/> 心肌病變(請檢附身心障礙鑑定手冊)               |
| <b>輕度</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 上述中度以上先天性心臟病接受一次心臟手術，術後無中度以上狹窄或逆流<br><input type="checkbox"/> 其他先天性心臟病接受一次心臟手術病人，如 VSD, ASD, PDA, PAPVR, AS, PS                                                                                                                                                                                                               |
| <b>備註</b>                                                                                                                                                 | 1. 民國 106 年-112 年獲獎勵學金者，若疾病嚴重度沒有改變，不須要繳交本表。<br>2. 第一次申請獎勵學金者，請務必繳交本疾病診斷表。                                                                                                                                                                                                                                                                              |