

簡介

「少青風」這個名字含意是指**青少年風濕病**的意思。而在醫學上，凡在 18 歲或之前患上的風濕病，均統稱為**兒童風濕病**。兒童風濕病是一組包含百多種不同類型風濕病的病科，由於這類免疫系統疾病不易被察覺，所以一群患者及其家屬透過醫生及專業人士的協助下，組成了**少青風協會**，並於 2005 年註冊為一個慈善團體，目的是除了提供兒童風濕病資訊和教育外，還協助有需要的會員及其家屬爭取更多相關的支援服務。

宗旨

- (一) 建立正式渠道，讓患者及其家屬能分享經驗及發揮互助的精神；
- (二) 提供有關兒童風濕病的資訊；
- (三) 舉辦相關的教育講座，讓患者及其家屬對兒童風濕病得到正確的認識；
- (四) 籌畫適合兒童風濕病患者參加的健康活動。

入會須知

- 會員類別：1) 基本會員(年齡滿 18 歲而經註冊醫生證實曾患有兒童風濕病的人士或其父母)
2) 少年會員(年齡在 18 歲以下之兒童風濕病患者)
- 會費：1) 基本會員：年費為港幣 30 元
2) 少年會員：免費
- 會籍年度：1 月 1 日至 12 月 31 日
- 入會辦法：請填妥申請表連同會費之劃線支票，抬頭請寫「少青風協會有限公司」，或將會費存入本會的「香港上海滙豐銀行」戶口，戶口號碼為 808-089-577-838，然後將入數紙或劃線支票與申請表及所須的文件一併寄回少青風協會辦事處收。
- 本會所有收入之款項，均用作本會成立之宗旨及本會舉辦之活動及事項的用途。由 2008 年開始，執委會已通過豁免基本會員的會費至 2019 年 12 月 31 日。



少青風協會
Hong Kong Paediatric
Rheumatism Association

簡介 及 會員申請表

少青風協會有限公司

辦事處地址：
九龍觀塘鯉魚門道 2 號
新城工商中心 1113 室

電話：(852) 2346 3223
傳真：(852) 3020 6950
電郵：info@hkpra.org
網址：http://www.hkpra.org

備註：

1. 填表前請先閱讀入會須知。
2. 申請人請附上有關病患者的病症證明，如覆診紙及出生證明副本(如父/母親申請成為基本會員者，必須提供)。
3. 正接受社會綜合保障援助而需要申請豁免會費之家庭，請提供證明檔副本。
4. 閣下所填報之有關資料只供「少青風協會」作審核會員資格、內部聯絡或服務統計用途，絕不會作公開之用。

以下由本會填寫

收件日期：_____

*接受申請/拒絕申請

生效日期：_____

會員號碼：_____

負責人簽署：_____

備註：_____

「少青風協會」會員申請表格

Hong Kong Paediatric Rheumatism Association Membership Application Form

少青風辦事處 HKPRA Office
九龍觀塘鯉魚門道2號新城工商中心1113室
Room 1113, New City Centre, 2 Lei Yue Mun Road, Kwun Tong, Kowloon.
電話 Phone : 2346 3223 傳真 Fax : 3020 6950
電郵 Email : info@hkpra.org
網址 Website : http://www.hkpra.org

第一部份 Part I：申請人資料 Personal Information

會員編號 (由本會填寫) For Official Use	會員類別 Type of Member	英文姓名 English Name	(中文) Chinese Name	聯絡電話 Contact Telephone	身分證號碼 (頭4個字, eg.E123) HKID (First 4 Digits)	電郵 Email Address	病患者住址 Patient Residential Address
	*少年/基本會員(病患者) *Child/Ordinary Member (Patient only)		()		____/____/____		-----
	基本會員(*父/母) Ordinary Member (*Father/Mother)		()		____/____/____		-----
	基本會員(*父/母) Ordinary Member (*Father/Mother)		()		____/____/____		-----

第二部份 Part II：病患者醫療資料 Patient Medical History

1) 性別 Sex : *男/女 *M/F 2) 出生日期 Date of Birth : ____/____/____ 3) 發病年份 Date of Disease Onset : _____ 4) 覆診醫院或醫生姓名 Hospital / Doctor's Name : _____	5) 病症 Disease(s) (請選擇 Please ✓ as appropriate) : ☐ 青少年系統性紅斑狼瘡 (Juvenile Systemic Lupus Erythematosus, JSLE) ☐ 幼年特發性關節炎 (Juvenile Idiopathic Arthritis, JIA) ☐ 硬皮病 (Scleroderma) ☐ 幼年皮肌炎 (Juvenile Dermatomyositis, JDM) ☐ 幼年原發性系統性血管炎 (Childhood Vasculitis Syndrome) - 結節性多動脈炎 (Polyarteritis Nodosa) - 大動脈炎 (Takayasu Arteritis) - 韋格納肉芽腫 (Wegener's Granulomatosis) - 其他血管炎 (Other vasculitis syndromes) ☐ 貝切赫特病 (白塞氏病) (Behcet's Disease) ☐ 疼痛綜合征 (Fibromyalgia) ☐ 與遺傳異常相關的反復發熱 - 家族性地中海熱 - CINCA ☐ 其他風濕病 (Other Rheumatic Diseases) _____
--	--

第三部份 Part III：聲明 Declaration

本人/我們(*病患者/父/母)現申請成為少青風協會會員並同意遵守及履行該會之會章。

I / We (*Patient / Father / Mother), undersigned, hereby make application for the *Child/Ordinary member(s) of the Hong Kong Paediatric Rheumatism Association, and I agree to abide by Memorandum & Articles of the Association.

簽署及日期：

Date & Signature

*少年/基本會員 (病患者)
*Child / Ordinary Member (Patient)

基本會員(*父/母)
Ordinary Member (*Father/Mother)

基本會員(*父/母)
Ordinary Member (*Father/Mother)
(4/2019)

(*請刪除 Please Delete)