

意見調查

香港強脊會

搜集資料目的：您所填報的資料能有助本會策劃及推行會務。多謝合作！

請在合意之方格內 (✓)

1. 我有興趣參與下列活動：(可選擇多項)

- 病友分享小組 專題講座
- 聯歡會 旅行
- 興趣 / 運動班 日營
- 其他建議： _____

2. 我希望專題講座內容包括：(可選擇多項)

- 病理講座 食療探討
- 中醫療法 最新醫療發展
- 心理講座
- 其他建議： _____

3. 我有興趣協助以下工作：(可選擇多項)

- 協助活動事前籌劃工作
- 協助活動當日執行工作
- 協助編輯工作
- 協助探訪工作
- 其他可協助之工作： _____

4. 我方便出席 / 協助活動時間：

可選擇多項及在合適的空位內加上 (✓)

星期 時間	日	一	二	三	四	五	六
上午							
下午							
晚上							

活動花絮(一)



週年大會暨
春節聯歡晚會



聖誕聯歡 /
會員生日會



聯誼 / 旅行



社區推廣
「醫院病科推廣」



興趣班



活動花絮(二)

風濕科病友
醫學講座



風濕科病友
醫學講座

水中運動班



社區推廣
醫院病科
「諮詢服務」



運動班



香港強脊會

HONG KONG ANKYLOSING SPONDYLITIS ASSOCIATION



聯絡方法

地址：九龍深水埗南山邨南偉樓地下103-106室

通訊地址：香港將軍澳郵政信箱65287號

電話號碼：2794 4803

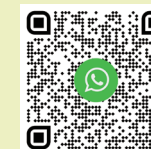
留言熱線：8134 2018

WhatsApp：9680 8424

傳真號碼：2795 7275

電郵號碼：hkasa@hotmail.com

網址：http://www.hkasa.hk



以上資料只作本會內部參考

強脊精神 自助助人

扶弱敬老 盡展所能

簡介

本會是強直性脊椎炎患者自發組成的團體，本會的前身是『香港傷健協會』屬下的『強脊社』(在一九八三年成立)。於一九九四年一月十六日組成，並向「社團註冊處」註冊，正式定名為「香港強脊會」，英文名稱是 HONG KONG ANKYLOSING SPONDYLITIS ASSOCIATION (HKASA)。並於二零零五年獲稅務局確認為慈善團體。

本會成立目的，是有感於當時市民、病友及部份醫護人員，對「強直性脊椎炎」病患之資訊所知很少，甚至患者本身亦將此病誤作其他病患治理，以致得不到適當的治療而加重病情。故本會希望透過各項不同的活動及醫學講座，使市民及會員增加對「強直性脊椎炎」之認識，亦可使社會人士與病患者增強溝通，從而得到支持及協助，以致對健全人士及病患者都會得到更大利益，共同為社會作出更多貢獻，亦可實現「傷健同心」、「傷健一家」的理想意願。



病科資料

強直性脊椎炎是風濕病的一種，是慢性、進展型中軸關節受累的關節病變，簡單來說，就是骨、關節及韌帶因慢性發炎而連合、強直、痛楚及失去活動能力。患者不時被關節炎引致痛楚及僵硬交替侵襲而活動能力下降，情緒也受到困擾，身心承受莫大的壓力。強直性脊椎炎主要侵襲年青的男士，男病人跟女病人的比率大概是三對一。發病年齡介乎17 - 35歲之間。

(詳情可參閱本會出版的「強直性脊椎炎」病患者手冊)

宗旨

- 一. 提高強直性脊椎炎患者的自助自立精神。
- 二. 聯絡及增進強直性脊椎炎患者的彼此關懷和幫助。
- 三. 向社會人士介紹及展示強直性脊椎炎患者本身的工作能力。
- 四. 向有關機構爭取強直性脊椎炎患者合理的復康權益及援助。
- 五. 向社會人士及會員介紹強直性脊椎炎病況及醫藥資訊。

會員類別

普通會員：
凡經註冊醫生證明患有強直性脊椎炎的病者，認同本會宗旨及願意遵守本會會章皆可申請加入成為普通會員。

附屬會員：
凡認同本會宗旨及願意遵守本會會章的個別人士可申請加入為附屬會員。

名譽會員：
凡被執行委員會邀請之人士，均可成為本會的名譽會員。

會費及入會手續

普通及附屬會員的會費均為港幣三十元正，須於每年十二月三十一日前繳交全年會費。參加者請付劃線支票，抬頭註「香港強脊會」或 HONG KONG ANKYLOSING SPONDYLITIS ASSOCIATION，亦可存入中銀集團戶口號碼：026-723-10049332，並將銀行收據及會員申請表格一併寄回將軍澳郵政信箱65287號，如遇上經濟困難可向會方申請豁免繳交會費。

會員申請表



香港強脊會

姓名：(中) _____

(英) _____

年齡：_____ 性別：男 女

出生日期：_____

身份證號碼：_____

地址：_____

電話：(住) _____

(辦) _____

(手提) _____

電郵地址：_____

會員類別：普通會員 附屬會員

病類：強直性脊椎炎

其他疾病 (請註明) _____

患病年期：_____年

覆診醫院：_____

申請人簽署：_____

日期：_____