

由: 保良局「家居醫護好幫手」
傳真號碼: 2412-7533

致: _____

傳真號碼: _____

日期: _____

保良局「家居醫護好幫手」服務申請表

編號: _____

1. 姓氏(中文):	名字(中文)	2. 姓氏(英文):	名字(英文)
3. 年齡:	性別:	4. 香港身份證號碼:	
5. 教育程度:		6. 職業: <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
7. 家庭情況:	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> __子/__女/__媳/__婿/__孫 <input type="checkbox"/> 親戚/朋友 <input type="checkbox"/> 傭人		
8. 健康狀況:	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 老人痴呆症 <input type="checkbox"/> 氣管病/肺病(<input type="checkbox"/> 使用氧氣)		
	<input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 癌症 _____ <input type="checkbox"/> 柏金遜症 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 抑鬱症		
	<input type="checkbox"/> 骨折 _____ <input type="checkbox"/> 痛症: 輕/中/高(位置 _____)		
	<input type="checkbox"/> 手術 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
9. 活動能力:	<input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 坐椅 <input type="checkbox"/> 步行: 監督/協助/自助(<input type="checkbox"/> 穩定/不穩定) <input type="checkbox"/> 行動自如		
10. 輔助用具:	<input type="checkbox"/> 土的 <input type="checkbox"/> 四腳叉 <input type="checkbox"/> 助行架 <input type="checkbox"/> 有輪助行架		
	<input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 沖涼椅/便椅 <input type="checkbox"/> 醫院床 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 不適用		
11. 聯絡方法	住址: _____		
	電話: _____		
	傳真號碼: _____		
	電郵地址: _____		
	緊急聯絡人姓名: _____		
	聯絡電話: _____		
與申請人關係: _____			
12. 欲申請服務類別			
<input type="checkbox"/> 到戶專業服務 <input type="checkbox"/> 護士: <input type="checkbox"/> 身體檢查 <input type="checkbox"/> 藥物諮詢 <input type="checkbox"/> 特別護理 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 物理治療: <input type="checkbox"/> 復康評估 <input type="checkbox"/> 設計運動 <input type="checkbox"/> 職業治療: <input type="checkbox"/> 家居安全評估 <input type="checkbox"/> 失智症長者評估 <input type="checkbox"/> 社工: <input type="checkbox"/> 心理輔導 <input type="checkbox"/> 社區資源轉介		<input type="checkbox"/> 到戶照顧服務 <input type="checkbox"/> 護送陪診 <input type="checkbox"/> 長者起居照顧 <input type="checkbox"/> 家居運動 <input type="checkbox"/> 家居清潔 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
申請人/家人(與申請人關係)簽署: _____			
日期: _____			
從何得知此服務:	<input type="checkbox"/> 福利機構介紹 <input type="checkbox"/> 本人是保良局會員 <input type="checkbox"/> 親友介紹 單位名稱: _____ <input type="checkbox"/> 報紙/雜誌 <input type="checkbox"/> 電郵 <input type="checkbox"/> 宣傳單張 <input type="checkbox"/> 其他: _____		