



日間護理部服務申請表

(根據私隱條例，下列內容未經批准，嚴禁翻閱)

檔案編號：_____

A. 基本資料

會員姓名：(中文)_____ (英文)_____ 會員性別：男 女

出生日期：_____ 年齡：_____ 出生地：_____ 身份證號碼：_____

來港時日：_____ 籍貫：_____ 宗教信仰：_____

退休年份：_____ 退休前職業：_____ 興趣/喜好：_____

住宅電話：_____ 手提電話(如適用)：_____

居住地址：_____

教育程度：未受教育 未受教育，但可閱報 小學 中學 專科 大學以上

使用語言：廣東話 普通話 潮州話 客家話 英文 其它_____

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 鰥寡(配偶去世年份_____)

轉介機構：朋友 宣傳單張 社署職員 其他_____

機構名稱：_____ 介紹職員姓名：_____

申請轉介：社署統一評估機制(目前申請進行中...)

日間中心 護理安老院 療養院 其他_____

經濟援助：綜援 高額傷殘 普通傷殘 生果金 營養金 其他：_____

居住情況：獨居 與家人同住，請註明主要照顧者/同住者：_____

備註欄：(可簡單描述長者個性或對院舍服務期望等...)

B. 聯絡資料 (請攜帶相片一張, 長者及擔保人身分證副本前來辦理)

1. 擔保人姓名: _____ 關係: _____ 手提電話: _____

公司電話: _____ 住宅電話: _____

地址: _____

2. 緊急聯絡人: _____ 關係: _____ 手提電話: _____

公司電話: _____ 住宅電話: _____

地址: _____

3. 緊急聯絡人: _____ 關係: _____ 手提電話: _____

公司電話: _____ 住宅電話: _____

地址: _____

C. 接受服務項目

服務時間: 全月服務, 星期一至六 半月服務, 逢星期_____ 臨時暫託服務_____

往返方式: 院舍車輛接送 家人自行接送; 上樓接送: 不須要 要, 逢星期_____

沖涼服務: 不須要 要, 逢星期_____ ; 剪髮服務: 不須要 要, 每月一次或_____

藥物使用: 不須要派發 早 午 晚 由院舍職員派發; 藥物敏感(如適用)_____

進食餐類: 早 午 --晚(外買); 正常餸 碎餸 ; 爛飯 粥

特別餐類別: 糖尿餐 低嘌呤餐 素食餐 其他_____

D. 目前健康情況

病歷(經醫生診斷後)

<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 中風(左/右側)	<input type="checkbox"/> 腎臟病
<input type="checkbox"/> 慢性肺病	<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 抑鬱症	<input type="checkbox"/> 老年痴呆	<input type="checkbox"/> 帕金森症
<input type="checkbox"/> 退化性關節炎	<input type="checkbox"/> 前列腺肥大	<input type="checkbox"/> 痛風症	<input type="checkbox"/> 白內障(左/右)	<input type="checkbox"/> 青光眼(左/右)
<input type="checkbox"/> 癌症種類: _____		<input type="checkbox"/> 其他: _____		

備註欄:(可詳細描述…) _____

曾否接受手術: 無 有 日期 _____ 原因 _____

日期 _____ 原因 _____

曾否跌倒記錄: 無 有 日期 _____ 原因 _____

日期 _____ 原因 _____

敏感史(包括物件, 食物或藥物): 無 有 _____

距離上次流行性感冒針疫苗注射記錄: 日期 _____ 日期 _____

E. 聲明

本人 _____ (身份證號碼: _____), 乃申請人 _____ (身份證號碼: _____) 之 _____ (關係), 同意該申請人接受基督教香港信義會恩頤居日間護理部之服務, 並願意與院舍工作人員合作, 遵守所訂之一切規定, 及負責按時繳交所需之費用, 保證會員沒有任何傳染病和攻擊性行為, 並按時接回會員。

***如遇緊急事故需家屬做出決定, 本院舍必盡量聯絡上述會員親友, 若未能聯絡得上或及時未能作出決定時, 則以會員利益為大前提, 作出適當之決定及行動。

--完--

家屬 / 擔保人簽署: _____

職員簽署: _____

家屬 / 擔保人姓名: _____

職員姓名: _____

申 請 日 期: _____

日 期: _____

院長簽署: _____

日 期: _____