

## 博愛醫院長者日間活動中心 (元朗)

地址：新界元朗凹頭博愛醫院賽馬會護理安老院5樓

電話：2470 2266 傳真：2470 0346

博愛醫院網頁：http://www.pokoi.org.hk

單位電郵：jccasm3@pokoi.org.hk

## 服務申請表

會員編號：

服務券證明書編號：CCSV-

共同付款組別：I (綜合社會保障援助)/ II/ III/ IV/ V/ VI

## (甲)申請人基本資料

申請人姓名：(中文)\_\_\_\_\_ (英文)\_\_\_\_\_ 性別：男 女  
 身份証號碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_  
 地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
 教育程度：未受教育 懂字 小學程度 中學程度 大專或以上  
 婚姻狀況：已婚 單身 鰥寡 離婚/分居  
 語言：廣東話 其他(請註明)：\_\_\_\_\_ 籍貫：\_\_\_\_\_ 宗教：\_\_\_\_\_  
 經濟來源：個人積蓄 親人供養 綜合援助 高齡津貼 傷殘津貼  
其他(請註明)\_\_\_\_\_  
 居住狀況：獨居 與配偶同住 與子女\_\_\_\_\_(名)同住 其他(請註明)\_\_\_\_\_

## (乙)(一)健康狀況

1. 疾病診斷：認知障礙症(\*阿氏痴呆症/多發梗塞性痴呆症/其他：\_\_\_\_\_)  
 診斷年份：\_\_\_\_\_ 診斷醫生/地點：\_\_\_\_\_  
高血壓 糖尿病 心臟病 癌症  
中風 關節炎 肺氣腫 白內障  
腎病 癲癇症 柏金遜症 精神病  
其他：\_\_\_\_\_  
 2. 有無傳染病：沒有 有(請註明)\_\_\_\_\_  
 3. 步行能力：獨立步行 需少量協助 需大量協助 無法站立  
 4. 使用輔助器：不需要 拐杖 腳叉 腳架  
 5. 覆診安排：

醫院/診所	科目	下次覆診日期	備註

6. 現時服用藥物種類：\_\_\_\_\_(種)  
 7. 過往半年住院紀錄：無 有(請註明：\_\_\_\_\_)  
 8. 過往半年跌倒紀錄：無 有(請註明：\_\_\_\_\_)  
 9. 曾否接受手術：無 有(請註明：\_\_\_\_\_)  
 10. 曾否患有傳染病：無 有(請註明：\_\_\_\_\_)  
 11. 皮膚狀況：正常 乾燥 痕癢 脫皮 紅腫  
 12. 吞嚥情況：正常 飲水偶有噎塞情況 曾見言語治療師 使用凝固粉  
 13. 食物/藥物/其他敏感：無 有(請註明：\_\_\_\_\_)  
 14. 膳食餐類：普通 碎餐 低鹽 糖尿 痛風 其他(請註明：\_\_\_\_\_)  
 15. 有否配戴假牙：無 有  
 16. 有否吸煙習慣：從無 有 已戒\_\_\_\_\_年  
 17. 有否飲酒習慣：從無 有 已戒\_\_\_\_\_年

\*請刪除不合適者

<b>(二) 認知能力</b>				
項目	沒有 問題	少許 問題	問題 嚴重	備註
1. 記憶力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. 講出自己的姓名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. 認得回家的路徑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. 清楚表達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. 能夠接收口頭指示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>(三) 表達及溝通能力</b>				
項目	正常	受損	輔助器	備註
1. 視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. 聽覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. 說話能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>(四) 社交能力</b>				
項目				
1. 與別人相處的態度	<input type="checkbox"/> 合作	<input type="checkbox"/> 抗拒	<input type="checkbox"/> 冷淡	
2. 主動性	<input type="checkbox"/> 獨立	<input type="checkbox"/> 需要提示	<input type="checkbox"/> 全賴別人協助	
3. 情緒表達	<input type="checkbox"/> 恰當	<input type="checkbox"/> 抑鬱	<input type="checkbox"/> *高漲 / 憤怒	
4. 行為表現	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 被動	<input type="checkbox"/> *不停活動 / 暴力傾向	
<b>(五) 自我照顧</b>				
項目	自助	一人協助	問題嚴重/ 二人協助	備註
1. 整體照顧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	工人照顧：*需要 / 不需要
2. 進食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用尿片：*需要 / 不需要
4. 洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 步行/轉移	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用助行器具：_____
<b>(六) 其他事項</b>				
1. 興趣：	_____			
2. 過往的職業：	_____			
3. 喜愛的：	a. 顏色：_____		b. 食物：_____	
4. 討厭的事物：	_____			
5. 引發悲傷/情緒的事物：	_____			
6. 其他：	_____			
<b>(七) 主要護老者/聯絡人資料</b>				
姓名：(中文)	_____	(英文)	_____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址：	_____			電話：_____
與申請人同住：	同 / 不同住*		電郵：	_____
年齡：	<input type="checkbox"/> 20-39 歲 <input type="checkbox"/> 40-49 歲 <input type="checkbox"/> 50-59 歲 <input type="checkbox"/> 60-69 歲 <input type="checkbox"/> 70-79 歲 <input type="checkbox"/> 80 歲或以上			
與申請人關係：	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____			

\*請刪除不合適者

**(丙)轉介人資料**

姓名：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

所屬機構 / 單位名稱：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

個案參考編號(如適用)：\_\_\_\_\_

轉介人簽署：\_\_\_\_\_ 轉介日期：\_\_\_\_\_

**(丁)資料提供同意書**

- 1)本人願意提供上述資料作申請服務之用，並同意收到其他有關的服務資料。
- 2)本人明白及同意本人所提供之個人資料，將會按需要而由 貴單位提供予有關人士及團體，如政府部門、醫管局、其他服務機構或團體等。

申請人/代表人簽署：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_

負責人簽署：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_

單位專用

接受申請表日期：\_\_\_\_\_

評估結果：

 接受申請 開始服務日期：\_\_\_\_\_ 自動退出申請 原 因：\_\_\_\_\_ 拒絕申請 原 因：\_\_\_\_\_

轉介其他服務：\_\_\_\_\_

服務經理簽名：\_\_\_\_\_

服務經理姓名：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_