

博愛醫院

百周年陳是紀念護養院暨日間中心

入院申請表



收件日期：_____

編號：_____

填寫本申請表前，請注意以下事項：

本院所有非資助宿位申請人，必須接受社會福利署「安老服務統一評估機制」評估，並屬身體機能達中度至高度受損之長者，方能正式確認入住。

閣下請填妥本表格後，可以傳真、電郵或親自遞交表格。

傳真：2712 0977 電郵：ccsmssl@pokoim.org.hk 電話查詢：2712 0998

地址：元朗擴業街10號2-4樓(朗屏西鐵站F出口)

(一) 申請人個人資料			
申請人姓名：(中文)		(英文)	
出生日期： 年 月 日	年齡：	性別：	聯絡電話：
身份證號碼：		宗教信仰：	
原居地址：			
領取綜援情況： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

(二) 申請人親屬或監護人資料	
姓名(居港人士)： 先生/太太/小姐	與申請人關係：
通訊地址：	聯絡電話：

(三) 申請人健康及護理資料
現時病況：
以往病歷：
入住原因：
長者現居何處：
轉介於：
所需護理程度： <input type="checkbox"/> 胃喉 <input type="checkbox"/> 尿喉 其他：

(四) 申請人/資料提供者簽署		
資料提供者：	關係：	簽署：

(以下只供院舍適用及填寫)

(五) 確認資料		
評估員姓名：	簽署：	職位：
統評開始：(呈上日期)	(編號)	
統評結果： <input type="checkbox"/> 批核 <input type="checkbox"/> 未能批核	日期：	
入住安排日期：		