

填妥後請郵寄、傳真或電郵交回女青賽馬會青健坊(聯絡資料請見頁底)。 編號：

收到申請表格後，我們會於3個工作天內與閣下聯絡，安排服務。

A. 服務使用者資料

姓名(中文)：		性別：男/女	電 話：	
(英文)：			住 址：	
出生日期：	年 月 日 (歲)			
身分證號碼：			教育程度：	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 其他：_____
(英文及頭3位數字)			使用方言：	
婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 鰥寡 子女數目：__子__女		經濟來源：	<input type="checkbox"/> 綜援 (豁免收費，名額有限) <input type="checkbox"/> 普通/高額傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 高齡津貼 <input type="checkbox"/> 長者生活津貼 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____
居住情況：	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 外傭 <input type="checkbox"/> 女婿/媳婦 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
照顧者：	<input type="checkbox"/> 外傭 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家人			

B. 聯絡人資料

主要聯絡人姓名：		第二聯絡人姓名：	
關係：		關係：	
地 址：	同上 <input type="checkbox"/>	地 址：	同上 <input type="checkbox"/>
電 話：	(手提)	電 話：	(手提)
電 郵：		電 郵：	

C. 照顧者資料 (九龍西適用)

姓名：		性別：	男 / 女
與長者關係：	家人 / 外傭	年齡：	
是否主要照顧者：	是 / 否	是否同住：	是 / 否

服務使用者簽署：_____ (如未能簽署，可省略意部份)

主要聯絡人簽署：_____ 日 期：_____

D. 長者病歷

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 心臟病 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 中風：(左 / 右)(手 / 腳) 無力 |
| <input type="checkbox"/> 高膽固醇 | <input type="checkbox"/> 帕金森症 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> (左/右)耳：聾 / 弱聽 / 其他：_____ |
| <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 痛風 |
| <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 | <input type="checkbox"/> 斷肢：(左 / 右)(手 / 腳) |
| <input type="checkbox"/> 認知障礙症 (輕度 / 中度 / 重度) | <input type="checkbox"/> (左/右)眼：失明 / 弱視 / 其他：_____ |
| 癌症：_____ | <input type="checkbox"/> 精神病：_____ |
| 曾進行的手術：_____ | |
| 其他：_____ | |

E. 入院前健康狀況

- | | | | | |
|------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| 體型 | <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 中等 | <input type="checkbox"/> 瘦削 | 身高：_____ / 體重：_____ |
| 認知能力 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 缺損 | | |
| 表達能力 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 困難 | <input type="checkbox"/> 未能表達 | |
| 活動能力 | <input type="checkbox"/> 自如 | <input type="checkbox"/> 少量協助 | <input type="checkbox"/> 大量協助 | |
| | <input type="checkbox"/> 長坐 | <input type="checkbox"/> 長臥 | <input type="checkbox"/> 拐杖 | |
| | <input type="checkbox"/> 助行架 | <input type="checkbox"/> 輪椅 | <input type="checkbox"/> 需約束，用具：_____ | |
| | 請詳述活動狀況：_____ | | | |
| | _____ | | | |

- 輔助工具 不需要 拐杖 四腳叉 助行架
 輪椅 (常用 外出時用)

- 摔跌評估 無 頭暈 步履不穩 意識混亂 無

- 跌倒紀錄(過去一年) 無 有，次數：_____ 原因：_____

F. 過去一年的入院病歷

入院日期	入院原因	住院期間是否有復康訓練 (e.g 什麼類型的訓練, 訓練次數)	出院日期

G. 現時健康狀況

- 體型** 肥胖 中等 瘦削 身高：_____ / 體重：_____
- 認知能力** 正常 缺損
- 表達能力** 正常 困難 未能表達
- 活動能力** 自如 少量協助 大量協助
- 長坐 長臥 拐杖
- 助行架 輪椅 需約束，用具：_____

請詳述活動狀況：_____

- 輔助工具** 不需要 拐杖 四腳叉 助行架
 輪椅 (常用 外出時用)

- 摔跌評估** 無 頭暈 步履不穩 意識混亂 無

H. 有什麼想改善 / 訓練的地方

收集個人資料聲明

提交此表格即表示您同意本服務使用您提供的個人資料與您聯絡，或會向您提供更多關於本服務的資訊，或安排為您提供服務之事宜。所有收集到的個人資料將會妥善保密及儲存。如您未能提供所需的資料，本服務將不能為您提供服務跟進及回覆。

- 本人不希望接收香港基督教女青年會服務的最新資訊及推廣資料。

中心專用:			
跟進日期		跟進同事	
跟進進度	<input type="checkbox"/> 已轉介至物理治療師 (日期:_____)		
服務模式	<input type="checkbox"/> 九龍西 - 混合模式 <input type="checkbox"/> 港島東 - 單項模式		
物理治療師			
申請狀態	<input type="checkbox"/> 不合適 <input type="checkbox"/> 可安排進入服務 (日期:_____)		
轉介信	<input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 物理治療轉介信) <input type="checkbox"/> 否		
補充資料:			