



## 服務申請表

[更新日期: 2006年10月1日]

申請服務：日間護理服務  
園車服務  
短期住宿服務  
家居訓練及家屬支援服務

申請服務次數：\_\_\_\_\_ (次)/逢星期\_\_\_\_\_ )  
 上落車地點：\_\_\_\_\_  
單人房 兩人房 四人房

### 甲、患者資料

姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文) 性別：\_\_\_\_\_  
 出生日期：\_\_\_\_\_ (日/月/年) 年齡：\_\_\_\_\_ 身份証號碼：\_\_\_\_\_  
 籍貫：\_\_\_\_\_ 方言：\_\_\_\_\_ 退休前職業：\_\_\_\_\_  
 地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
 婚姻狀況：未婚 已婚 離婚/分居 寡/鰥 子女數目：\_\_\_\_\_  
 教育程度：未受教育 未受教育，但懂字 小學 中學 大專或以上  
 居住狀況：獨居 只與\*配偶/工人同住 與家人同住 同住人數：\_\_\_\_\_ 人  
 經濟狀況：家人供養 積蓄/退休金 政府補助 其他：\_\_\_\_\_  
 宗教信仰：無 基督教/天主教 道教 佛教 拜祖先 其他：\_\_\_\_\_

\*請刪去不適用者

### 一、健康狀況

- 1 疾病診斷：痴呆症(\*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 帕金森症  
精神病 其他：\_\_\_\_\_

### 2 覆診安排：

醫院/診所	科目	下次覆診日期	備註

- 3.現時服用藥物種類：\_\_\_\_\_ (種)  
 4 過往半年住院紀錄：無 有 (請註明：\_\_\_\_\_)  
 5.過往半年跌倒紀錄：無 有 (請註明：\_\_\_\_\_)  
 6 曾否接受手術：無 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

- 7.曾否患有傳染病：無 有 (請註明：\_\_\_\_\_)
- 8.皮膚狀況：正常 乾燥 痕癢 脫皮 紅腫
- 9.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
- 10.食物/藥物/其他有否敏感無 有 (請註明：\_\_\_\_\_)
- 11.餐類：普餐 碎餐 低鹽 糖尿 其他(請註明：\_\_\_\_\_)
- 12.有否配戴假牙：無 有
- 13.有否吸煙習慣：從無 有 已戒\_\_\_\_\_年
- 14.有否飲酒習慣：從無 有 已戒\_\_\_\_\_年

## 二、認知能力

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"/>	

## 三、表達及溝通能力

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"/> (請註明情況：_____)		

## 四、社交能力

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
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

## 五、自我照顧

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
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
4 洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 步行/轉移	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	使用助行器具： JCCPA-SG-002

六、精神狀況：正常 混亂 幻覺 幻聽 幻視 妄想 其他：\_\_\_\_\_

七、睡眠狀況：正常 失眠 服用安眠藥後正常 日夜顛倒 睡不安寧

八、現正接受的社區服務：

沒有 有，請註明：\_\_\_\_\_

九、其他事項：

喜歡的食物：沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

喜歡的活動/事物：沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

\*厭惡/悲傷的事物：沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

\*請刪去不適用者

## 乙、申請人/照顧者資料

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 與園友關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

日間聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手提電話：\_\_\_\_\_

申請人現時工作狀況是：半職 全職 退休 家庭主婦

申請服務的原因或對服務的期望：\_\_\_\_\_

申請人從何得知本園服務？

公立醫生，請註明姓名：\_\_\_\_\_

私家醫生，請註明姓名：\_\_\_\_\_

醫院，請註明醫院名稱及部門：\_\_\_\_\_

社會服務機構/專業人士：請註明：\_\_\_\_\_

親友介紹，請註明：\_\_\_\_\_

其他，請註明：\_\_\_\_\_

主要照顧者姓名(如不是申請人)：\_\_\_\_\_ 與園友關係：\_\_\_\_\_

照顧者覺得自己在照顧方面承受壓力的分數，1分表示極少，10分表示極大：\_\_\_\_\_

申請人簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

\*填妥表格後，連同患者的醫生證明信(後頁的表格(英文版)可供主診醫生填寫)或醫生轉介信，傳真至 2636 0323 或郵寄至沙田亞公角街 27 號賽馬會耆智園 查詢電話：2636 6323

備註：在這份表格所提供的資料，將只用於處理服務申請及服務統計用。根據個人資料(私穩)條例，你有權查閱及更新在這份表格上提供的個人資料。



## Medical Assessment

(To be completed by Doctor)

Name:

Date:

Sex/Age:

HKID:

All Diagnoses (Including state of dementia):

History of Present Illness/Past Medical History:

Swallowing Problems:	N	Y
Tendency to fall:	N	Y
Allergies:	N	Y _____
Special Diet:	N	Y _____

Current Medication:

Investigation relevant to dementia:

CT Head/MRI    N        Y \_\_\_\_\_

Recommendations:

\_\_\_\_\_  
(Name of Doctor)

Contact tel no. \_\_\_\_\_