



服務申請表

申請服務:

- ☐ 日間護理服務 申請服務次數: _____ 次 / 逢星期 _____ (每週最少兩次)
- ☐ 園車服務 接送安排: ☐ 來回園車接送 ☐ 園車接回園 ☐ 園車接返家
- ☐ 住宿服務 房間種類: ☐ 單人房 ☐ 兩人房 ☐ 三人房 ☐ 四人房
- ☐ 賽馬會「回家易」離院康復計劃

請於以下合適的方格內加上「✓」號。

甲、服務使用者/腦退化人士資料

姓名: _____ (中文) _____ (英文) 性別: _____

身份證號碼: _____ 出生日期: _____ (日/月/年) 年齡: _____

電話: _____ 退休前職業: _____ 方言: _____

地址(中文): _____ (必須填寫)

(英文) _____ (必須填寫)

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: ☐ 沒有 ☐ 基督教 ☐ 天主教 ☐ 佛教 ☐ 拜祖先 ☐ 其他: _____

一、健康狀況

1. 疾病診斷: ☐ 腦退化症[#] ☐ 輕度認知障礙[#] [#] (請提供有效醫生證明)

確診日期(年/月/日): _____ 診斷醫生 / 地點: _____

最近接受認知能力測試年份: _____

☐ MoCA: _____ / 30 分

☐ 其他認知能力測試(請註明): _____ 分數: _____

☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 心臟病 ☐ 高膽固醇 ☐ 癌症

☐ 關節炎 ☐ 痛風 ☐ 高血脂 ☐ 中風 ☐ 骨質疏鬆症

☐ 肺氣腫 ☐ 白內障 ☐ 腎病 ☐ 癲癇症 ☐ 帕金森症

☐ 精神病 ☐ 抑鬱症 ☐ 譫妄症 ☐ 其他: _____

2. 有否嚴重身體或不穩定疾病: (如依賴氧氣治療、長期臥床、復發性心臟病等)

☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

*請圈出正確的選項



3. 有否需由護士專責處理的護理項目:(如:腹膜透析、鼻餵飼、尿喉等)

☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

4. 有否任何滋擾他人的行為或攻擊性行為:

☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

5. 覆診安排:

醫院/診所	專科	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: ☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

8. 過往半年跌倒紀錄: ☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

9. 曾否接受任何手術: ☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

10. 曾否患有傳染病: ☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

11. 皮膚狀況: ☐ 正常 ☐ 乾燥 ☐ 痕癢 ☐ 紅腫 ☐ 曾出現破損或壓力性創傷

12. 吞嚥情況: ☐ 正常 ☐ 有噎塞情況 ☐ 使用凝固粉 ☐ 有言語治療師指引

13. *食物 / 藥物 / 其他有否敏感: ☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

14. 餐類: ☐ 普通餐 ☐ 碎餐 ☐ 糊餐 ☐ 低鹽 ☐ 糖尿 ☐ 其他(請註明: _____)

15. 有否配戴假牙: ☐ 沒有 ☐ 有

16. 有否吸煙習慣: ☐ 沒有 ☐ 有 ☐ 已戒_____年

17. 有否飲酒習慣: ☐ 沒有 ☐ 有 ☐ 已戒_____年

18. 精神狀況: ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 混亂 ☐ 幻覺 ☐ 妄想

☐ 其他: _____

19. 睡眠狀況: ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 失眠(*有 / 沒有服用安眠藥)

☐ 日夜顛倒 ☐ 睡不安寧

*請圈出正確的選項



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	☐	☐	☐	
2. 講出自己的姓名	☐	☐	☐	
3. 認得回家的路徑	☐	☐	☐	
4. 清楚表達 (用詞恰當、說話速度正常)	☐	☐	☐	
5. 能夠接收口頭指示	☐	☐	☐	
6. 判斷能力	☐	☐	☐	

三、表達及溝通能力

項目	正常	受損	輔助器	備註
1. 視力	☐	☐	☐	
2. 聽覺	☐	☐	☐	
3. 說話能力	☐	☐ (請註明情況: _____)		

四、社交能力

1. 與別人相處的態度	☐ 冷淡	☐ 合作	☐ 抗拒
2. 主動性	☐ 較低	☐ 一般	☐ 較高
3. 情緒表達	☐ 保守	☐ 恰當	☐ 激動
4. 行為表現	☐ 非攻擊性	☐ 平靜	☐ 攻擊性(*言語 / 非言語)

五、自我照顧

項目	自助	需一人協助	需二人協助	備註
1. 整體照顧	☐	☐	☐	工人照顧: *有 / 沒有 (*工人可 / 不可以到中心協助)
2. 進食	☐	☐	☐	
3. 如廁	☐	☐	☐	使用尿片: *有 / 沒有 (*願意 / 不願意使用)
4. 洗澡	☐	☐	☐	
5. 步行 / 轉移	☐	☐	☐	使用助行器具: *有 / 沒有 (如有請註明: _____)

*請圈出正確的選項



六、日常生活作息時間安排:

時段	項目	特別注意事項 / 習慣:
上午		
下午		
晚上		

七、其他事項:

喜歡的稱呼: ☐ 沒有 ☐ 有 (請註明: _____)

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: _____)

其他有助本園瞭解服務使用者 / 腦退化人士的資料:

八、正規社會服務申請及使用情況:

政府資助長期護理服務: ☐ 沒有 ☐ 有, 正在申請 / 使用: _____

政府非資助長期護理服務: ☐ 沒有 ☐ 有, 正在申請 / 使用: _____

乙、申請人 / 照顧者資料 (申請人必須為的直系親屬或監護人)

申請人姓名: _____ (中文) _____ (英文)

與服務使用者關係: _____ 性別: _____ 電郵地址: _____

地址(中文): _____ (必須填寫)

(英文): _____ (必須填寫)

日間聯絡電話: _____ 手提電話: _____

是否接受 WhatsApp 聯絡: ☐ 接受 ☐ 不接受

*請圈出正確的選項



申請人現時工作狀況: ☐ 兼職 ☐ 半職 ☐ 全職 ☐ 退休 ☐ 其他: _____

申請服務的原因或對服務的期望:

從何得知本園服務? (只選一項)

- ☐ *公立 / 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: _____

主要照顧者覺得在照顧方面承受壓力的分數, 1 分表示極少, 10 分表示極大: _____

- ☐ 若服務使用者 / 腦退化人士有緊急需要, 本人亦願意為服務使用者 / 腦退化人士申請賽馬會流金匯的日間護理服務, 請與本人聯絡。
- ☐ 服務使用者 / 腦退化人士所有直系親屬(包括配偶、子女等)均同意申請本園服務, 並明白及同意本園的申請及接受服務須知。
- ☐ 服務使用者 / 腦退化人士正受監護令保護 (監護人姓名: _____)。
- ☐ 本人將不欲收到任何有關賽馬會耆智園的資訊及照顧課程資料。

申請人簽署: _____

簽署日期: _____

備註: 1. 根據個人資料(私隱)條例, 申請人有權查閱及更新在這份表格上提供的個人資料。申請表所集得的資料只用作本園服務申請及數據統計之用。

2. 申請人需確保提供的一切資料均屬真確無偽。如有任何虛假資料, 本園有權終止相關服務申請。

3. 此申請表僅為申請服務所用, 不具約束力, 所有申請須經職員評估及同意後, 方能進入服務。

填妥表格後, 連同服務使用者/腦退化人士的醫生證明信(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。本園職員會於收到申請表後的七個工作天內聯絡申請人安排兩天試用日期。申請人須於職員聯絡後的三個月內決定兩天試用日期, 否則該申請會被取消, 不便之處, 敬請原諒。

***請圈出正確的選項**



Medical Assessment

(To be completed by Doctor)

Name:

Date:

Sex/Age:

HKID:

Diagnoses:

☐	Mild Cognitive Impairment		Cognitive assessment conducted
☐	Dementia		☐ MMSE Score: _____ ☐ MoCA Score: _____ ☐ HKBC Score: _____ ☐ Others: _____
	Type : _____ Stage: _____ FAST: _____		
Other Disease(s):			

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, Unit/Dept./Clinic)	(Contact number)

