



密集式復康短期住宿計劃

電話: 3143 2888 傳真: 2872 8938

電郵: grh@rehabociety.org.hk

日間復康中心

地址: 香港薄扶林沙灣徑七號地下及十樓

## 申請表格

### 第一部分 申請人資料

姓名:(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_

身份證號碼: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 性別: \*男 / 女

地址: \_\_\_\_\_

電話:(手提) \_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_

電郵: \_\_\_\_\_

居住狀況: 獨居 與家人同住 與傭人同住 院舍居住 其他(請註明)\_\_\_\_\_

婚姻狀況: 獨身 已婚 離婚 鰥寡 曾任職業: \_\_\_\_\_

教育狀況: 從未受教育 識字 私塾 小學 中學 大學或以上

語言: 廣東話 英文 普通話 其他(請註明)\_\_\_\_\_

宗教信仰: 無宗教信仰 基督教 天主教 佛教 其他(請註明)\_\_\_\_\_

經濟來源: 退休金 家屬供養 高齡津貼 長者生活津貼 傷殘津貼 儲蓄  
其他(請註明)\_\_\_\_\_

\* 請刪去不適用者

### 第二部分 服務申請原因 及 (短期住宿計劃適用) 房間選擇

服務申請原因: 身心復康需要 起居護理照顧需要 等待傭人到任 其他

房間選擇 (「密集式復康短期住宿計劃」適用): 雙人房 三人房

計劃服務開始日期: \_\_\_\_\_

### 第三部分 申請人健康/身體狀況

主要疾病: 中風(請註明年份)\_\_\_\_\_ 認知障礙症 帕金森症

骨折(請註明部位)\_\_\_\_\_ 糖尿病 高血壓

癌症 心臟病 抑鬱 其他(請註明)\_\_\_\_\_

活動能力: 行動自如 拐杖 助行架 輪椅 臥床 其他(請註明)\_\_\_\_\_

精神狀況: 正常 混亂 妄想/幻覺 抑鬱/情緒低落

溝通能力：正常溝通 簡單對答 無法溝通

特殊護理需要：鼻胃管 尿喉 氧氣治療 氣造口 傷口護理

其他：\_\_\_\_\_

補充資料：\_\_\_\_\_

#### 第四部分 聯絡人資料

主要聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

電話：(手提) \_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (公司) \_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

其他聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

電話：(手提) \_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (公司) \_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

#### 第五部分 資訊來源

獲悉本單位服務途徑：醫務人員轉介 橫額/單張 親友介紹  
本會網頁 其他(請註明)\_\_\_\_\_

#### 第六部分 同意書

本表格提供的資料，只作申請服務之用。

本人同意將上述資料及體格檢驗報告書(MEF)提供給香港復康會賽馬會樂齡互康園作審核申請人入住及日後聯絡之用。

\*申請人 / 聯絡人簽署：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

-----服務單位專用欄-----

一收表日期：\_\_\_\_\_ 申請編號：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_

申請結果：安排入住 (入住日期：\_\_\_\_\_ ) (房間：\_\_\_\_\_ )

拒絕申請 (原因：\_\_\_\_\_ )

申請人放棄申請 (原因：\_\_\_\_\_ )

備註：\_\_\_\_\_