



香港復康會 曾肇添護老院

電話: 3143 2933 傳真: 2872 8938

電郵: tst@rehabociety.org.hk

地址: 香港薄扶林沙灣徑七號四至六樓

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 : <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 與傭人同住 <input type="checkbox"/> 院舍居住 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____
婚姻狀況 : <input type="checkbox"/> 獨身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 曾任職業 : _____
教育狀況 : <input type="checkbox"/> 從未受教育 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 私塾 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大學或以上
語言 : <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____
宗教信仰 : <input type="checkbox"/> 無宗教信仰 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____
經濟來源 : <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 家屬供養 <input type="checkbox"/> 高齡津貼 <input type="checkbox"/> 長者生活津貼 <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____

第二部分 入住原因及房間選擇

住宿計劃 : <input type="checkbox"/> 長期住宿, 入住原因 : _____ <input type="checkbox"/> 短期住宿(約____個月), 入住原因 : _____
房間選擇 : 5-6樓 : <input type="checkbox"/> 單人房 <input type="checkbox"/> 雙人房 <input type="checkbox"/> 三人房 <input type="checkbox"/> 四人房 4樓(頤樂家) : <input type="checkbox"/> 單人房 <input type="checkbox"/> 雙人房 <input type="checkbox"/> 四人房 4樓新翼(互康園) : <input type="checkbox"/> 單人房 <input type="checkbox"/> 雙人房 <input type="checkbox"/> 四人房
計劃入住日期 : _____

* 請刪去不適用者

第三部分 申請人健康/身體狀況

主要疾病：	<input type="checkbox"/> 中風(請註明年份)_____	<input type="checkbox"/> 認知障礙症	<input type="checkbox"/> 帕金森症			
	<input type="checkbox"/> 骨折(請註明部位)_____	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血壓			
	<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 抑鬱	<input type="checkbox"/> 其他(請註明) _____		
活動能力：	<input type="checkbox"/> 行動自如	<input type="checkbox"/> 拐杖	<input type="checkbox"/> 助行架	<input type="checkbox"/> 輪椅	<input type="checkbox"/> 臥床	<input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____
精神狀況：	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 混亂	<input type="checkbox"/> 妄想/幻覺	<input type="checkbox"/> 抑鬱/情緒低落		
溝通能力：	<input type="checkbox"/> 正常溝通	<input type="checkbox"/> 簡單對答	<input type="checkbox"/> 無法溝通			
特殊護理：	<input type="checkbox"/> 鼻胃管	<input type="checkbox"/> 尿喉	<input type="checkbox"/> 氧氣治療	<input type="checkbox"/> 氣造口	<input type="checkbox"/> 傷口護理	<input type="checkbox"/> 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

獲悉本院服務途徑：	<input type="checkbox"/> 醫務人員轉介	<input type="checkbox"/> 橫額/單張	<input type="checkbox"/> 親友介紹
	<input type="checkbox"/> 本會網頁	<input type="checkbox"/> 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)提供給香港復康會曾肇添護老院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：_____

----- 院舍專用欄 -----

收表日期：	_____	評估日期：	_____	申請編號：	_____
申請結果：	<input type="checkbox"/> 安排入住 (入住日期：_____)	(房間：	_____)		
	<input type="checkbox"/> 拒絕申請 (原因：_____)				
	<input type="checkbox"/> 申請人放棄申請 (原因：_____)				
備註：	_____				

