



☐ 日間復康中心 Day Rehabilitation Center

☐ 家居社區融合支援服務 Home Based and Carer Support Center

Medical Examination Form

體格檢驗報告書

Part I Particulars of Applicant

第一部分 申請人資料

Name 姓名 _____ Sex 性別 _____ Age 年齡 _____

HKIC No. 香港身份證號碼 _____ Hospital/Clinic Ref. No. 醫院／診所檔號 _____

Part II Medical History

第二部分 病歷

- (1) Any history of major illnesses/operations? Yes ☐ No ☐
曾否患嚴重疾病／接受大型手術？ 有 無
If yes, please specify the diagnosis:
如有，請註明診斷結果： _____
- (2) Any allergy to food or drugs? Yes ☐ No ☐
有否食物或藥物過敏？ 有 無
If yes, please specify:
如有，請註明： _____
- (3)(a) Any signs of infectious disease? Yes ☐ No ☐
有否傳染病徵狀？ 有 無
If yes, please specify:
如有，請註明： _____
- (3)(b) Any further investigation or treatment required? Yes ☐ No ☐
是否需要接受跟進檢查或治療？ 有 無
If yes, please specify and also state the hospital/clinic attended and reference number.
如有，請註明並填寫覆診的醫院／診所和檔號。

- (4) Any swallowing difficulties/easy choking? Yes ☐ No ☐
有否吞嚥困難／容易哽塞？ 有 無
If yes, please specify:
如有，請註明： _____
- (5) Any need of special diet? Yes ☐ No ☐
有否特別膳食需要？ 有 無
If yes, please specify:
如有，請註明： _____
- (6) Past psychiatric history, if any, including the diagnosis and whether regular follow-up treatment is required.
如過往有精神病紀錄，請詳述病歷及是否需要定期跟進治療。

(7) Details of present medication, if any, including the name and dosage.
如目前須服用藥物，請詳述藥名及服用量。

Part III Physical Examination 第三部分 身體檢查		
Blood Pressure 血壓 mmHg	Pulse 脈搏 /min	Body Weight 體重 kg
<p>Please specify: 請註明：</p>		
Cardiovascular System 循環系統	<hr/>	
Respiratory System 呼吸系統	<hr/>	
Central Nervous System 中樞神經系統	<hr/>	
Musculo-skeletal 肌骨	<hr/>	
Abdomen/Urogenital System 腹／泌尿及生殖系統	<hr/>	
Lymphatic System 淋巴系統	<hr/>	
Thyroid 甲狀腺	<hr/>	
Skin Condition, e.g. pressure injuries (pressure sores) 皮膚狀況，如：壓力性損傷（壓瘡）	<hr/>	
Foot 足部	<hr/>	
Eye/Ear, Nose and Throat 眼／耳鼻喉	<hr/>	
Oral/Dental Condition 口腔／牙齒狀況	<hr/>	
Others 其他	<hr/>	

Part IV 第四部分		Functional Assessment 身體機能評估			
Vision 視力 (with/without* visual corrective devices 有／沒有*配戴 視力矯正器)	<input type="checkbox"/> normal 正常	<input type="checkbox"/> unable to read newspaper print 不能閱讀報紙字體	<input type="checkbox"/> unable to watch TV 不能觀看到電視	<input type="checkbox"/> see lights only 只能見光影	
Hearing 聽覺 (with/without* hearing aids 有／沒有*配戴 助聽器)	<input type="checkbox"/> normal 正常	<input type="checkbox"/> difficult to communicate with normal voice 普通聲量下難以溝 通	<input type="checkbox"/> difficult to communicate with loud voice 大聲說話的情況下 也難以溝通	<input type="checkbox"/> cannot communicate with loud voice 大聲說話的情況 下也不能溝通	
Speech 語言能力	<input type="checkbox"/> able to express 能正常表達	<input type="checkbox"/> need time to express 需慢慢表達	<input type="checkbox"/> need clues to express 需靠提示表達	<input type="checkbox"/> unable to express 不能以語言表達	
Mental state 精神狀況	<input type="checkbox"/> normal/alert/ stable 正常／敏銳 ／穩定	<input type="checkbox"/> mildly disturbed 輕度受困擾	<input type="checkbox"/> moderately disturbed 中度受困擾	<input type="checkbox"/> seriously disturbed 嚴重受困擾	
		<input type="checkbox"/> early stage of dementia 早期認知障礙症	<input type="checkbox"/> middle stage of dementia 中期認知障礙症	<input type="checkbox"/> late stage of dementia 後期認知障礙症	
Mobility 活動能力	<input type="checkbox"/> independent 行動自如	<input type="checkbox"/> self-ambulatory with walking aid or wheelchair 可自行用助行器或 輪椅移動	<input type="checkbox"/> always need assistance from other people 經常需要別人幫助	<input type="checkbox"/> bedridden 長期卧床	
Continence 禁制能力	<input type="checkbox"/> normal 正常	<input type="checkbox"/> occasional faecal or urinary incontinence 大／小便偶爾失禁	<input type="checkbox"/> frequent faecal or urinary incontinence 大／小便經常失禁	<input type="checkbox"/> double incontinence 大小便完全失禁	
A.D.L. 自我照顧能力	<input type="checkbox"/> Independent 完全獨立／不需協助 (No supervision or assistance needed in all daily living activities, including bathing, dressing, toileting, transfer, urinary and faecal continence and feeding) (於洗澡、穿衣、如廁、位置轉移、大小便禁制及進食方面均無需指導或協助) <input type="checkbox"/> Occasional assistance 偶爾需要協助 (Need assistance in bathing and supervision or assistance in other daily living activities) (於洗澡時需要協助及於其他日常生活活動方面需要指導或協助) <input type="checkbox"/> Frequent assistance 經常需要協助 (Need supervision or assistance in bathing and no more than 4 other daily living activities) (於洗澡及其他不超過四項日常生活活動方面需要指導或協助) <input type="checkbox"/> Totally dependent 完全需要協助 (Need assistance in all daily living activities) (於日常生活活動方面均需要完全的協助)				

Part V Recommendation
第五部分 建議

(1) Is the applicant need rehabilitation treatment? (including Physiotherapy, Occupational and Speech Therapy) 申請人需否復康治療? (包括物理、職業及言語治療)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 需要 無需要
(2) If yes, please specify treatment recommended. 如有需要，請建議治療項目： _____ _____	

Part VI Other Comment
第六部分 其他批註

Registered Medical Practitioner's Signature
註冊醫生簽署 _____

Registered Medical Practitioner's Name
註冊醫生姓名 _____

Date
日期 _____

Name of Hospital/Clinic
醫院／診所名稱 _____

Stamp of Hospital/Clinic/Registered Medical Practitioner
醫院／診所／註冊醫生印鑑 _____