



- 深度復康短期住宿院舍
Short Stay Home for Intensive Rehabilitation
- 日間復康中心
Day Rehabilitation Centre
- 家居社區融合支援服務
Home Based and Carer Support Center

電話 Tel.: 3143 2888 傳真 Fax: 2872 8938
 電郵 Email: grh@rehabociety.org.hk
 地址 Address:
 香港薄扶林沙灣徑七號地下及十樓
 G/F & 10/F, 7 Sha Wan Drive, Pokfulam, HK

申請表格

Application for Admission

第一部分 申請人資料

Part I Particulars of Applicant

姓名 Name : (中文 Chinese) _____ (英文 English) _____

身份證號碼 HKID No : _____ 性別 Sex : 男 Male / 女 Female

年齡 Age : _____ 出生日期 Date of Birth : _____

地址 Address : _____

電話 Tel. : (手提 Cell) _____ (住宅 Home) _____

電郵 Email : _____

居住狀況 : 獨居 Living Alone 與家人同住 Residing with Family

Current Living Arrangement : 與傭人同住 Residing with Servant 院舍居住 In Elderly Home

其他 Others (請註明Please specify) _____

婚姻狀況 Marital Status : 獨身 Single 已婚 Married

離婚 Divorced 鰥寡Widowed

教育狀況 Education : 從未受教育 Uneducated 識字 Literate 私塾 Private School

小學 Primary 中學Secondary 大學或以上University/Above

曾任職業 Occupation : _____ 宗教信仰 Religion : _____

語言 Language : 廣東話 Cantonese 英文 English 普通話 Mandarin

其他 Others (請註明Please Specify) _____

經濟來源 : 退休金 On Pension 家屬供養 Contribution from Family 儲蓄 On Savings

Financial Status/Income : 高齡津貼 On Old Age Allowance 傷殘津貼On Disability Allowance

長者生活津貼 On Old Age Living Allowance

其他 Others (請註明Please Specify) _____

請於適合的 加 Please tick the appropriate box

第二部分 申請服務原因 & 房間選擇 (短期住宿服務適用)

Part II Reasons for application & Placement Preferences

(Applicable for Short Stay Home for Intensive Rehabilitation Service Application)

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

Reasons for Application: _____

房間選擇 Type of Room: 雙人房 Twin Room 三人房 Triple Room

計劃服務開始日期 Planned Admission Day : _____

第三部分 申請人健康/身體狀況

Part III Medical History, Physical & Mental Condition

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) _____

History of Major Illnesses / Operations (Please specify the Diagnosis) :

活動能力 Mobility：行動自如 Independent 拐杖 with Walking Stick

助行架 with Walking Frame 輪椅with Wheelchair

臥床 Bedridden 其他 Others(請註明Please Specify)_____

精神狀況：正常 Normal 混亂 Unstable 妄想/幻覺 Delusions/hallucinations

Mental State 抑鬱/情緒低落 Depressed 其他 Others(請註明Please Specify)_____

溝通能力：正常溝通 Able to Express 簡單對答 Need time /Clues to Express

Speech 無法溝通Unable to Express

特殊護理需要：鼻胃管On Ryle' s Tube / PEG Tube Feeding 尿喉 On Foley

Special Nursing Care 氧氣治療Oxygen Therapy 氣造口Tracheostomy

傷口護理 Wound care 其他Others(請註明please Specify) : _____

第四部分 聯絡人資料

Part IV Particulars of Guarantor / Contact Person

主要聯絡人姓名 Name : _____ 關係 Relationship with Applicant : _____

電話 Tel. : (手提 Cell) _____ (住宅 Home) _____ (公司 Office) _____

住址 Address : _____

電郵 Email : _____

其他聯絡人姓名 Name of Other Family Members : _____

關係 Relationship with Applicant : _____ 電郵 Email : _____

電話 Tel. : (手提Cell) _____ (住宅 Home) _____ (公司Office) _____

住址 Address : _____

第五部分 資訊來源

Part V Sources of Our Information

獲悉本單位服務途徑：醫務人員轉介 Referred by medical staff 橫額/單張 Banner/Leaflet

親友介紹 Introduced by relatives 本會網頁 Website

其他 Others (請註明Please Specify) _____

第六部分 同意書

Part VI Consent

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。

Please note that the information provided in this form is only for service application purposes.

I hereby agree to provide the above information and my medical examination report (MEF) to The Hong Kong Society for Rehabilitation Jockey Club Geriatric Rejuvenation Hub for assessment of my application and contact purposes.

*申請人 / 聯絡人簽署 Signature of Applicant : _____

申請人 / 聯絡人姓名 Name of Applicant : _____

日期 Date : _____

----- 服務單位專用欄 For Official Use Only -----

收表日期 : _____ 申請編號 : _____

評估日期 : _____

申請結果：安排進入服務 (日期：_____) (房間(如適用))：_____)

拒絕申請 (原因：_____)

申請人放棄申請 (原因：_____)

備註：_____