



# 香港復康會 曾肇添護老院

- ☐ 深度復康短期住宿院舍  
Short Stay Home for Intensive Rehabilitation
- ☐ 認知障礙症照護服務  
Cognitive Impairment and Dementia Care Unit

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四樓及十樓  
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 :	<input type="checkbox"/> 男 Male / <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> 獨居 Living Alone <input type="checkbox"/> 與家人同住 Residing with Family		
Current Living Arrangement :	<input type="checkbox"/> 與傭人同住 Residing with Servant <input type="checkbox"/> 院舍居住 In Elderly Home		
	<input type="checkbox"/> 其他 Others (請註明Please specify)_____		
婚姻狀況 Marital Status :	<input type="checkbox"/> 獨身 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married		
	<input type="checkbox"/> 離婚 Divorced <input type="checkbox"/> 鰥寡Widowed		
教育狀況 Education :	<input type="checkbox"/> 從未受教育 Uneducated <input type="checkbox"/> 識字 Literate <input type="checkbox"/> 私塾 Private School		
	<input type="checkbox"/> 小學 Primary <input type="checkbox"/> 中學Secondary <input type="checkbox"/> 大學或以上University/Above		
曾任職業 Occupation :	_____	宗教信仰 Religion :	_____
語言 Language :	<input type="checkbox"/> 廣東話 Cantonese <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 普通話 Mandarin		
	<input type="checkbox"/> 其他 Others (請註明Please Specify)_____		
經濟來源 :	<input type="checkbox"/> 退休金 On Pension <input type="checkbox"/> 家屬供養 Contribution from Family <input type="checkbox"/> 儲蓄 On Savings		
Financial Status/Income :	<input type="checkbox"/> 高齡津貼 On Old Age Allowance <input type="checkbox"/> 傷殘津貼On Disability Allowance		
	<input type="checkbox"/> 長者生活津貼 On Old Age Living Allowance		
	<input type="checkbox"/> 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: ☐單人房 Single Room ☐雙人房 Twin Room

☐四人房 Quadruple 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： <input type="checkbox"/> 醫務人員轉介 Referred by medical staff <input type="checkbox"/> 橫額/單張 Banner/Leaflet	
<input type="checkbox"/> 親友介紹 Introduced by relatives	<input type="checkbox"/> 本會網頁 Website
<input type="checkbox"/> 其他 Others (請註明Please Specify) _____	

#### 第六部分 同意書

##### Part VI Consent

<p>本表格提供的資料，只作申請服務之用。</p> <p>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。</p> <p>Please note that the information provided in this form is only for service application purposes.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">*申請人 / 聯絡人簽署 Signature of Applicant : _____</p> <p style="text-align: right;">申請人 / 聯絡人姓名 Name of Applicant : _____</p> <p style="text-align: right;">日期 Date : _____</p>
--

----- 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：\_\_\_\_\_

文件更新日期: 1/4/2024