



## 服務申請表

### (一) 長者個人資料

姓名： \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文) 性別：男/女 \*

身份證號碼： \_\_\_\_\_ 出生地點： \_\_\_\_\_ 居住狀況：  
 獨居  
 只與配偶/工人同住  
 與家人同住(同住人數： \_\_\_\_\_)

出生日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齡： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

曾任職業： \_\_\_\_\_ 曾受教育程度： \_\_\_\_\_ 婚姻狀況： 未婚  已婚  寡/鰥 \*

宗教/信仰： 基督徒  其他(如有其他宗教信仰，請註明： \_\_\_\_\_)  沒有

接受水禮日期：(如適用) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 接受水禮地點：(如適用) \_\_\_\_\_

所屬教會：(如適用) \_\_\_\_\_ 教友名冊編號：(如適用) \_\_\_\_\_

子女數目： \_\_\_\_\_ 子 \_\_\_\_\_ 女 兒女居住地： 本港  海外(請註明)： \_\_\_\_\_

申請服務類別： 長期住宿  暫託住宿  日間暫託

### (二) 經濟狀況

- 傷殘津貼  高齡津貼  家人(伴侶或子女)供給款項  親屬供給款項  
 退休金  其他(請註明)： \_\_\_\_\_

### (三) 在港或在海外之成年親屬(兒女、姊妹、兄弟或其他)：請以次序(1-10)表示為緊急事故聯絡人

	姓名	性別	年齡	職業	關係	地址	電話	電郵
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

註：申請人提供之個人資料，只作申請廣蔭頤養院及相關事宜之用。



#### (四) 健康及精神狀況

1. 疾病診斷及覆診安排 (進行初步評估時，需出示相關證明文件)

	疾病	專科	覆診醫院/診所	下次覆診日期
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

#曾否患有傳染病?  有 (請註明: \_\_\_\_\_)  沒有

2. 殘缺 (如斷肢、痙攣等)  有  無  
如有，請註明: \_\_\_\_\_
3. 視覺  配戴眼鏡  有  無  
視力 足夠照料自己  是  否  
證實失明  是  否  
其他，請註明: \_\_\_\_\_ (如一隻眼睛缺損)
4. 聽覺  正常  欠佳  失聰  
 需配戴助聽器
5. 與人交談  正常  不能言語  有困難
6. 牙齒  正常  欠佳  配戴假牙
7. 吞嚥能力  正常  飲水/進食偶有嗆咳情況  曾諮詢言語治療師  
 使用凝固粉  需使用胃喉餵食
8. 失禁  無  小便  大便
9. 餐類  普通餐  碎餐  低鹽  低普林餐  
 糖尿  其他 (請註明: \_\_\_\_\_)
10. 吸煙習慣  有 (已戒\_\_\_\_年)  沒有
11. 飲酒習慣  有 (已戒\_\_\_\_年)  沒有
12. 睡眠狀況  正常  失眠  日夜顛倒  
 睡不安寧  服用安眠藥後正常
13. 精神狀況  正常  腦退化症  有滋擾他人或攻擊性行為  
 輕度  中度  嚴重  
(確診日期: \_\_\_\_\_)
14. 其他護理照顧需要 (例如: 腹膜透析、造口護理、胃管餵食、尿喉等) (請註明): \_\_\_\_\_
15. 行動  行動自如  不能行動  
 使用輔助器能行動自如  臥床/癱瘓#  
 可在別人扶持下步行  不時跌倒 (最近半年跌倒次數: \_\_\_\_\_)
16. 所需輔助器類別: \_\_\_\_\_
17. 服用藥物種類: \_\_\_\_\_
- 食物/藥物/其他引致敏感  有 (請註明: \_\_\_\_\_)  沒有
18. 過往半年住院紀錄  有 (請註明: \_\_\_\_\_)  沒有



### (五) 日常活動能力

	自我照顧	部份依靠別人	完全依靠別人
購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
煮食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
清潔地方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
收拾房間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗臉/洗手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### (六) 現正接受的社區照顧服務

有 (請註明：\_\_\_\_\_)

沒有

### (七) 服務選擇

服務類別

長期住宿

暫託住宿 (申請入住日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

日間暫託 (申請暫託日期及模式：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日開始，逢星期\_\_\_\_\_)

房間類別

單人房

雙人房

三人房

四人房

若閣下選擇的房間類別已額滿，閣下是否願意入住其他房間類別？

是 (請選擇)：

單人房

雙人房

三人房

四人房

否

# 申請人所需的護理級別，將由專業社工、護士、物理治療師及職業治療師，根據申請人之身體、精神及需要醫療等狀況而作出評估，以釐定申請人所需的護理級別。

### (八) 保證人資料

保證人姓名： (英文) \_\_\_\_\_ (Mr./Mrs./Miss) \*

(中文) \_\_\_\_\_ (先生/太太/小姐) \*

地址： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ (日間) \_\_\_\_\_ (手提)

電郵： \_\_\_\_\_

身份證號碼： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_

與申請人關係： \_\_\_\_\_



### (九) 申請人所屬教會聯絡資料

已確定申請人的教友名冊編號

已確定申請人接受水禮

教會堂主任姓名： (英文) \_\_\_\_\_ (Rev. / Mr. / Mrs. / Miss) \*

(中文) \_\_\_\_\_ (牧師/先生/太太/小姐) \*

教會名稱： \_\_\_\_\_  會員堂  非會員堂

地址： \_\_\_\_\_

教會聯絡人姓名： \_\_\_\_\_ 崗位： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ (日間) \_\_\_\_\_ (手提)

電郵： \_\_\_\_\_

^此部份只適用於本聯會轄下會員堂教友 申請人所屬之教會堂主任簽署： \_\_\_\_\_

教會蓋章： \_\_\_\_\_

### (十) 申請人同意書

- (1)  本人同意將所附資料，包括體格檢驗結果及本人之個案紀錄，提供予 貴院以便審核本人之入住申請。
- (2)  本人確認所有直系親屬（包括配偶、子女等）均同意本人申請 貴院服務。
- (3)  申請人因患認知障礙而受監護之保護。(監護人姓名：\_\_\_\_\_)
- (4)  保證人將不欲收到任何有關本院的資訊。
- (5)  本人及保證人已閱讀及明白 貴院《申請及接受服務須知》(KYCH-AM-F064)。

申請人姓名： \_\_\_\_\_

簽署： \_\_\_\_\_

保證人簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

以下由香港華人基督教聯會廣蔭頤養院填寫

申請編號： \_\_\_\_\_

收表日期： \_\_\_\_\_

醫生報告收取日期： \_\_\_\_\_

致電跟進日期： \_\_\_\_\_

發出入住通知日期： \_\_\_\_\_

評估日期： \_\_\_\_\_

正式入住日期： \_\_\_\_\_

備註： \_\_\_\_\_

A. 會員堂長者  B. 非會員堂長者  C. 非信徒長者

\* 請刪去不適用者