

Jockey Club CADENZA Hub

賽馬會流金匯

附件 1.4.2

服務申請表

申請服務：日間護理服務
接送服務
個案管理服務

申請服務次數：_____(次)/逢星期_____()
上落車地點：_____

甲、服務使用者資料

姓名：_____(中文)_____(英文) 性別：_____
出生日期：_____(日/月/年) 年齡：____ 身份証號碼：_____
籍貫：____ 方言：____ 退休前職業：_____
地址：_____ 電話：_____
婚姻狀況：未婚 已婚 離婚/分居 寡/鰥 子女數目：_____
教育程度：未受教育 未受教育，但懂字 小學 中學 大專或以上
居住狀況：獨居 只與*配偶/工人同住 與家人同住 同住人數：____人
經濟狀況：家人供養 積蓄/退休金 政府補助 其他：_____
宗教信仰：無 基督教/天主教 道教 佛教 拜祖先 其他：_____

*請刪去不適用者

一、健康狀況

- 1 疾病診斷：痴呆症(*阿氏痴呆症/多發梗塞性痴呆症/其他：_____)
診斷年份：_____ 診斷醫生/地點：_____
高血壓 糖尿病 心臟病 癌症 中風 關節炎
肺氣腫 白內障 腎病 癲癇症 帕金森症
精神病 其他：_____

2 覆診安排：

醫院/診所	專科	下次覆診日期	備註

- 3.現時服用藥物種類：_____(種)
4 過往半年住院紀錄：無 有 (請註明：_____)
5.過往半年跌倒紀錄：無 有 (請註明：_____)
6 曾否接受手術：無 有 (請註明：_____)

Jockey Club CADENZA Hub

賽馬會流金匯

7. 曾否患有傳染病：無 有 (請註明：_____)
8. 皮膚狀況：正常 乾燥 痕癢 脫皮 紅腫
9. 吞嚥情況：正常 飲水偶有噎塞情況 曾見言語治療師 使用凝固粉
10. 食物/藥物/其他有否敏感無 有 (請註明：_____)
11. 餐類：普通餐 碎餐 低鹽 糖尿 其他(請註明：_____)
12. 有否配戴假牙：無 有
13. 有否吸煙習慣：從無 有 已戒_____年
14. 有否飲酒習慣：從無 有 已戒_____年

二、認知能力

項目	沒有問題	少許問題	問題嚴重	備註
1 記憶力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 講出自己的姓名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 認得回家的路徑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 清楚表達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 能夠接收口頭指示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

三、表達及溝通能力

項目	正常	受損	輔助器	備註
1 視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 聽覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. 說話能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (請註明情況：_____)		_____

四、社交能力

1 與別人相處的態度	<input type="checkbox"/> 合作	<input type="checkbox"/> 抗拒	<input type="checkbox"/> 冷淡
2 主動性	<input type="checkbox"/> 獨立	<input type="checkbox"/> 需要提示	<input type="checkbox"/> 全賴別人協助
3 情緒表達	<input type="checkbox"/> 恰當	<input type="checkbox"/> 抑鬱	<input type="checkbox"/> *高漲 / 憤怒
行為表現	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 被動	<input type="checkbox"/> *不停活動 / 暴力傾向

Jockey Club CADENZA Hub

賽馬會流金匯

五、自我照顧

	項目	自助	一人協助	問題嚴重/ 二人協助	備註
1	整體照顧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	工人照顧：*需要 / 不需
2	進食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用尿片：*需要 / 不需
4	洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	步行/轉移	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用助行器具：_____

六、精神狀況：正常 混亂 幻覺 幻聽 幻視 妄想 其他：_____

七、睡眠狀況：正常 失眠 服用安眠藥後正常 日夜顛倒 睡不安寧

八、現正接受的社區服務：

沒有 有，請註明：_____

九、其他事項：

喜歡的食物：沒有 有（請註明：_____）

喜歡的活動/事物：沒有 有（請註明：_____）

*厭惡/悲傷的事物：沒有 有（請註明：_____）

*請刪去不適用者

乙、申請人/照顧者資料

申請人姓名：_____ 性別：_____ 與服務使用者關係：_____

地址：_____

日間聯絡電話：_____ 手提電話：_____

申請人現時工作狀況是：半職 全職 退休 家庭主婦

申請服務的原因或對服務的期望：_____

申請人從何得知本中心服務？

公立醫生，請註明姓名：_____

私家醫生，請註明姓名：_____

醫院，請註明醫院名稱及部門：_____

社會服務機構/專業人士：請註明：_____

親友介紹，請註明：_____

其他，請註明：_____

Jockey Club CADENZA Hub 賽馬會流金匯

主要照顧者姓名(如不是申請人)：_____ 與服務使用者關係：_____

照顧者覺得自己在照顧方面承受壓力的分數，1分表示極少，10分表示極大：_____

申請人簽署：_____

日期：_____

*填妥表格後，連同患者的醫生證明信後頁的表格(英文版)可供主診醫生填寫或醫生轉介信，傳真至

37631100 或郵寄至大埔富善村善鄰樓地下 A 翼及 B 翼

查詢電話: 37631000

備註：在這份表格所提供的資料，將只用於處理服務申請及服務統計用。根據個人資料(私穩)條例，你有權查閱及更新在這份表格上提供的個人資料。

Jockey Club CADENZA Hub
賽馬會流金匯

Medical Assessment

(To be completed by Doctor)

Name:

Date:

Sex/Age:

HKID:

All Diagnoses (Including state of dementia):

History of Present Illness/Past Medical History:

Swallowing Problems: N Y
Tendency to fall: N Y
Allergies: N Y _____
Special Diet: N Y _____
Contagious Disease N Y _____
Current Medication:

Investigations done:

Recommendations:

(Name of Doctor)
Contact tel no. _____