

Jockey Club CADENZA Hub
賽馬會流金匯

日間護理中心服務申請表

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：_____ 電話：_____

地址 (中文) : _____ (必須填寫)

地址 (英文) : _____ (必須填寫)

婚姻狀況： 未婚 已婚 離婚/分居 寡/鳏 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：_____

一、健康狀況

1 疾病診斷： 腦退化症* 輕度認知障礙* (*請提供有效醫生證明)

診斷日期(年/月/日)：_____ 診斷醫生/地點：_____

最近接受認知能力測試年份：_____ MMSE：_____ /30 分

其他測試(請註明)：_____ 分數：_____

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 柏金遜症

精神病 其他：_____

2 有否嚴重身體或不穩定疾病 (如依賴氧氣治療、長期卧床、復發性心臟病等)

沒有 有 (請註明: _____)

3. 有否需由護士專責處理的護理項目錄如腹膜透析、鼻餵飼、尿喉等)

沒有 有 (請註明: _____)

4 有否任何滋擾他人的行為或攻擊性行為

沒有 有 (請註明: _____)

5. 覆診安排：

| 醫院/診所 | 專科 | 下次覆診日期 | 備註 |
|-------|----|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6 現時服用藥物種類：_____ (種)

Jockey Club CADENZA Hub

賽馬會流金匯

7. 過往半年住院紀錄： 沒有 有 (請註明： _____)
8. 過往半年跌倒紀錄： 沒有 有 (請註明： _____)
9. 曾否接受手術： 沒有 有 (請註明： _____)
10. 曾否患有傳染病： 沒有 有 (請註明： _____)
11. 皮膚狀況： 正常 乾燥 痘癩 脫皮 紅腫
12. 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
- 13.* 食物/藥物/其他有否敏感 沒有 有 (請註： _____)
14. 餐類： 普餐 碎餐 低鹽 糖尿 其他(請註明： _____)
15. 有否配戴假牙： 沒有 有
16. 有否吸煙習慣： 沒有 有 已戒 _____ 年
17. 有否飲酒習慣： 沒有 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(用詞恰當、說話速度正常) | <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"/> | _____ |
| 6. 判斷能力 | <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 |
| 4. 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： |

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、日常生活作息時間安排

| 時段 | 項目 | 患者進行該項目的情況 |
|----|----|--|
| 上午 | | <input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 下午 | | <input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 晚上 | | <input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

十、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：_____)

其他有助本中心瞭解患者的資料：_____

*請刪去不適用者

乙、申請人/照顧者資料 (申請人必須為直系親屬或監護人)

申請人姓名：_____ (中文) _____ (英文) _____

與服務使用者關係：_____ 性別：_____ 電郵地址：_____

地址 (中文) : _____

(英文) : _____

日間聯絡電話：_____ 手提電話：_____

Jockey Club CADENZA Hub

匯金流會馬賽

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？（只選一項）

- 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：_____

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：_____

- 患者所有直系親屬（包括配偶、子女等）均同意申請本中心服務。

患者正受監護令保護，（監護人姓名：_____）。

本人不需收到任何有關本中心的資訊及課程資料。

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 檢查電話: 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(私隱)條例，你有權查閱及更新在這份表格上提供的個人資料。

只供中心職員填寫：

選擇服務，請在空格內加「✓」：

- 「自付盈虧」服務
 - 「長者社區照顧服務券試驗計劃」服務
 - 「持續社區復康計劃」服務
 - 關愛基金「支援在公立醫院接受治療後離院的長者」試驗計劃

負責職員姓名 : _____

負責職員簽名 : _____

日 期 : _____

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. _____