



服務申請表

申請服務:

請於以下合適的方格內打上‘✓’號。

日間護理服務 申請服務次數: _____ (次)/逢星期 _____

園車服務

住宿服務 房間種類: 單人房 兩人房 四人房

賽馬會「回家易」離院康復計劃

甲、患者資料

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)

(英文): _____ (必須填寫)

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: 沒有 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)

確診日期(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 帕金森症

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、長期臥床、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(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)
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 痕癢 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 (請註明: _____)
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"/>	<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

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、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"/> 愉悅 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 抗拒 <input type="checkbox"/> 其他: _____
下午		<input type="checkbox"/> 愉悅 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 抗拒 <input type="checkbox"/> 其他: _____
晚上		<input type="checkbox"/> 愉悅 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 抗拒 <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: _____)

其他有助本園瞭解患者的資料: _____



乙、申請人/照顧者資料 (申請人必須為的直系親屬或監護人)

申請人姓名: _____(中文) _____(英文)

與參加者關係: _____ 性別: _____ 電郵地址: _____

地址(中文): _____ (必須填寫)

(英文): _____ (必須填寫)

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: _____

從何得知本園服務?(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): _____ 與園友關係: _____

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

若患者有緊急需要, 本人願意為患者申請賽馬會流金匯的日間護理服務, 請與本人聯絡。

患者所有直系親屬(包括配偶、子女等)均同意申請本園服務。

患者正受監護令保護, (監護人姓名: _____)。

本人將不欲收到任何有關耆智園的資訊及課程資料。

申請人簽署: _____

簽署日期: _____

備註: ¹ 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。

² 本人所提供的一切資料實屬真確無偽。如有任何虛假資料, 本人知悉 貴園將嚴懲並有權終止本人的一切服務申請。

³ 本中心職員會於收到申請表後的七個工作天內聯絡申請人安排三天試用日期。申請人須於職員聯絡後的三個月內決定三天試用日期, 否則該申請會被取消, 不便之處, 敬請原諒。

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 2636 0323 或郵寄至沙田亞公角街 27 號賽馬會耆智園



Medical Assessment

(To be completed by Doctor)

Name:

Date:

Sex/Age:

HKID:

Diagnoses:

Mild Cognitive Impairment

Dementia

Type : _____

Stage: _____

Other Disease(s)

Cognitive assessment conducted

MMSE Score: _____

MOCA Score: _____

AMT Score: _____

Others: _____

History of Present Illness/Past Medical History:

Swallowing Problems: N Y

Tendency to fall: N Y

Allergies: N Y _____

Special Diet: N Y _____

Current Medication:

Investigation relevant to dementia:

CT Head/MRI N Y _____

Recommendations:

(Name of Doctor, Unit/Dept./Clinic)

(Contact number)