

香港聖公會安老院舍外展專業服務隊 (九龍中)(下稱“服務隊”)  
服務申請 / 轉介表《私營安老院舍適用》

服務使用者資料: (\*請刪去不適用者, 並剔選☑合適方格)

1. 院舍名稱: \_\_\_\_\_ (下稱“院舍”)
2. 申請人/院友姓名(中文): \_\_\_\_\_ 3. 身份證號碼: \_\_\_\_\_ ( )
4. 性別\*: 男 / 女 5. 出生日期: \_\_\_\_\_ 6. 床號: \_\_\_\_\_
7. 申請人/院友手提電話: \_\_\_\_\_ 8. 家屬手提電話: \_\_\_\_\_ 9. 關係: \_\_\_\_\_
10. 院舍聯絡人姓名: \_\_\_\_\_ 11. 聯絡電話: \_\_\_\_\_ 12. 傳真: \_\_\_\_\_
13. 轉介人姓名: \_\_\_\_\_ 14. 聯絡電話: \_\_\_\_\_ 15. 傳真: \_\_\_\_\_
16. 申請人/轉介人背景:  申請人本人  院舍職員  申請人/院友家屬  
 安老院舍外展專業服務隊(MOSTE)  
 醫管局(HA): \*(CGAT/PGT/CNS/PT/OT/ST/MSW/ 其他: \_\_\_\_\_)  
 長者健康外展隊伍(DH)  
 院舍外展醫生到診服務(VMPS)  
 到訪醫生(VMO)  其他(請註明): \_\_\_\_\_
17. 現接受服務:  CGAT 之到院治療或購買復康器材服務  日間醫院服務(GDH)  臨終照顧服務
18. 申請人/院友現時狀況 (根據最近 30 日內的觀察) – 可選多項

自我照顧能力:

- 自行走動  需要他人攙扶走動  需用輪椅 ( 室內 /  外出)  床過椅轉移協助 ( 低 /  中 /  高)  
 需以復康用具輔助走動 ( 室內 /  外出) / ( 拐杖 /  四腳叉 /  助行架 /  其他: \_\_\_\_\_)  長期臥床  
 肢體疼痛 (部位: \_\_\_\_\_)  最近於\_\_日內跌倒\_\_次  肢體肌力轉弱/關節活動度減少 (部位: \_\_\_\_\_)  
 穿衣協助 ( 低/ 中/ 高)  如廁協助 ( 低/ 中/ 高)  餵食協助 ( 低/ 中/ 高)  其他: \_\_\_\_\_

認知能力:

- 無缺損  輕度缺損  中度缺損  嚴重缺損  認知能力近日急速下降, 判斷和記憶力衰退  
 出現行為問題, 如: (\_\_\_\_\_)

言語及吞嚥能力:

- 能清晰表達 /  僅能簡單表達 /  不能溝通  理解能力正常 /  理解日常指令有困難  
 正餐 /  碎餐 /  糊餐 /  鼻胃管餵食 /  胃造口餵食  清流質 /  需使用凝固粉  
 吞嚥前後有咳嗽  拒食 /  餵食困難

長期病患:

- 沒有  高/低血壓  心臟病  糖尿病  帕金森症  認知障礙  
 中風  弱視/失明  弱聽/失聰  壓瘡  其他 (請註明: \_\_\_\_\_)

精神病患:

- 沒有  抑鬱症  焦慮症  躁鬱症  精神分裂症  其他 (請註明: \_\_\_\_\_)

肢體傷殘:

- 沒有  四肢癱瘓  下肢癱瘓  左/右半身不遂  缺失上/下肢  缺失手/腳掌或手指/腳趾

社交表現:

- 正常  被動  退縮  拒絕參與

院舍生活適應:

- 理想  可接受  未能適應

轉介時患有傳染病:

- 是 (請註明: \_\_\_\_\_)  否

19. 期望之服務：

服務類別			
<input type="checkbox"/> A.物理治療服務	<input type="checkbox"/> B.職業治療服務	<input type="checkbox"/> C.言語治療服務	<input type="checkbox"/> D.社工服務

20. 申請人的特別需要及/或轉介人希望服務隊特別留意的地方 (如有) 請註明：\_\_\_\_\_

21. 備註：\_\_\_\_\_

申請 / 轉介服務須知：

- 服務隊提供物理治療、職業治療、言語治療服務及社工聯繫活動，提供之服務將以服務隊之評估結果作最終決定。
- 當申請人/院友懷疑患上傳染性疾病時，申請人/院友家屬及/或院舍明白及同意，為保障其他服務使用者與服務提供者之健康，服務隊會按申請人/院友情況，考慮暫停提供服務直至其傳染性疾病痊癒為止。
- 服務隊提供的外展服務是免費的，惟院友購買之個人用品則用者自付。

授權及聲明：(\*請刪去不適用者，並剔選☑合適方格)

**備註**：1. 如申請人/院友屬精神上無行為能力，請申請人/院友之親屬或監護人代為簽署，並在「親屬關係」欄填寫與院友之關係如：丈夫/妻子/母親/父親/兄弟/姊妹/監護人等；  
2. 如院舍已取得申請人/院友、其親屬及/或監護人的同意，院舍代表可代為簽署。

- ❖  本院已取得申請人/院友、其親屬及/或監護人同意，授權簽署以下聲明：
- ❖ 本人/院友\*同意接受由香港聖公會福利協會有限公司(下稱“福利協會”)提供之安老院舍外展專業服務，並同意接受及遵守以下各項服務要點。
- ❖ 本人/院友\* 同意/不同意 在參加安老院舍外展專業服務時攝錄之照片/錄音/錄像供福利協會及相關團體作專業人員培訓、活動介紹、宣傳、推廣、學術研究、報告及其他有關用途。
- ❖ 本人/院友\* 同意並授權福利協會將本人/院友之個人資料，包括但不限於姓名、電話號碼、病歷、用藥記錄等，向工作上有需要知道該等資料的下列人仕轉移及披露：1) 福利協會轄下相關部門及單位之員工；2) 獲福利協會委任的保險公司、醫生及/或其他服務提供者；3) 其他參與照顧院友的專業醫護人仕〔包括但不限於醫管局及院舍外展醫生到診服務(VMPS)醫生〕；及4)獲授權或有法定權力收取有關資料的政府部門或機構等。
- ❖ 本人/院友\*提供個人資料予福利協會純為自願。亦明白需確保所提供之資料為真確。遇有任何資料上之更改，本人/院友\* 須儘快通知福利協會作有關更新。如因所提供的資料失實而引致服務延誤或意外傷亡，一概由 本人/院友\* 承擔。
- ❖ 除個人資料(私隱)條例特定的豁免範圍外，本人/院友\*有權申請查閱及/或改正福利協會所存有關於本人/院友\*的個人資料。如需「查閱個人資料」或「索取個人資料的複印本」，均須提交申請表及繳付費用。查詢或提出申請可聯絡服務隊負責人，電郵：\_\_\_\_\_ / 電話：\_\_\_\_\_。

申請人/院友姓名：\_\_\_\_\_

申請人/親屬/監護人/院舍代表\*姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_

院舍/機構蓋章：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_