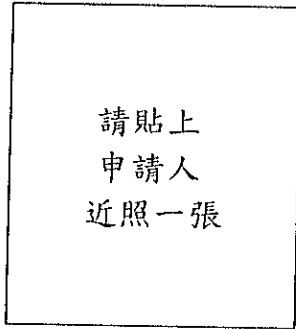


志蓮私家護理安老院 入住申請表

申請人個人資料

姓名 : _____ ()
出生日期 : _____ 身份証號碼 : _____
性別 : _____ 年齡 : _____
能操方言 : _____ 籍貫 : _____
住址 : _____
電話 : _____



保證人

姓名 : _____ 職業 : _____
與申請人關係 : _____ 身份証號碼 : _____
住址 : _____
電話 : _____

近親

姓名	性別/年齡	關係	電話
.....
.....
.....
.....

介紹人

姓名 : _____ (先生/女士)
 與申請人關係 : _____
 住址 : _____
 電話 : _____
 備註 : _____

申請入住類別 (請 ✓ 適合者)

_____ 單人房
 _____ 雙人房
 _____ 三人房
 _____ 四人房

_____ 長住
 _____ 暫住 : _____ (年/月)

財政狀況

儲蓄 : HK\$ _____
 物業 : HK\$ _____
 每月收入 : (請 ✓ 適合者)

_____ 本人, HK\$ _____ 來源 : _____
 _____ 家人, HK\$ _____
 _____ 其他, HK\$ _____

社會背景

教育 : _____
 曾任主要職業 : _____
 曾任職主要機構 : _____
 宗教 : _____
 嗜好 : _____
 專長 : _____
 過往對社會作出之貢獻 : _____

健康狀況

(請 ✓ 適合者)

_____ 須長期臥床
_____ 須坐輪椅出入
_____ 大便失禁
_____ 小便失禁

_____ 須別人餵食
_____ 須用胃喉進食
_____ 須用尿喉引流
_____ 須“造口”護理

內、外科病	斷症年期	覆診機構
.....
.....
.....
.....
.....

精神病	斷症年期	覆診機構
.....
.....

聲明事項

- (1) 本人聲明在表內所填報的資料屬實無訛，如有虛報，申請將被取消。
- (2) 本人願意向院方提交體格檢驗結果及接受家訪，以便審核本人入住貴院之申請。

申請人簽署： _____
日期： _____

申請表格請交回本院辦事處
地址：九龍鑽石山志蓮道五號 志蓮私家護理安老院
電話：2354-1113 傳真：2326-7930

ADM-001(5/17/2005)



Application for Residential Care Homes for the Elderly
申請入住安老院

Chi Lin Home for the Elderly
Pre-admission Medical Examination Form
志蓮私家護理安老院
入住體格檢驗報告書

Part I 第一部份

Particulars of Resident 院友資料

Particulars of Applicant

Name 姓名 : _____ Sex 性別 : _____ Age 年齡 : _____
HKIC No. 身份證號碼 : _____

Part II 第二部份

History of Major Illnesses 病歷記錄

(1) Any history of major illnesses/operations? Yes No
曾否患何種疾病/曾否接受何種大型手術? 有 無
If yes, please specify the diagnosis
如有, 請註明診斷 : _____

(2) a. Any evidence of infectious or contagious disease? Yes No
有否患有傳染病? 有 無
If yes, please specify
如有, 請註明 : _____

b. Any further investigation or treatment require? Yes No
是否需要接受跟進治療? 有 否
If yes, please specify and also state hospital/clinic attended and reference number :
如需要, 請註明並填寫提供覆診的醫院/診所和病人檔號 : _____

(3) Past psychiatric history, if any, including the diagnosis, period and whether regular following treatment is required.
如過往有精神病紀錄, 請詳述病歷及是否需要定期覆診

(4) Detail of present medication, if any.
如目前須服用藥物, 請詳述藥名及服用量

Blood pressure 血壓 : _____ Pulse 心跳 : _____ Body Weight 體重: _____

General 整體情況 : _____

Cardiovascular System 循環系統 : _____

Respiratory System 呼吸系統 : _____

Central Nervous System 中樞神經系統: _____

Musculo-skeletal 肌骨 : _____

Abdomen/Renal 腹/腎 : _____

Skin 皮膚 : _____

(please specify name of disease if any, and if there is condition like bedsore etc)
(如患皮膚病，請註明病名，並請註明有否如瘡等狀況)

Foot 足部 : _____

Eye 眼部 : _____
(please specify name of disease if any, and if any e.g.cataract) (如患眼疾如白內障，請註明)

Ears 耳部 : _____

Others 其他 : _____

Part IV 第四部份

Functional Assessment (Please tick where appropriate)
 身體機能審定 (請在適當地方填上 ✓ 號)

Vision (*with/without 視力 在*有沒有 視力矯正器下)	normal <input type="checkbox"/> 正常	unable to read newspaper print 不能閱讀報紙字體	unable to watch TV 不能觀看到電視	see lights only <input type="checkbox"/> 只能見光影
Hearing (*with/without 聽 在*有/沒有 助聽器下)	normal <input type="checkbox"/> 正常	difficult to communicated with normal voice 在普通聲量下以溝通	difficult to communicate with loud voice 大聲說話的情況下 也難以溝通	cannot communicate with loud voice 即使在大聲說話 的情況下也完全 不能溝通
Mental State 精神狀況	normal <input type="checkbox"/> / alert 正常/敏銳	mildly <input type="checkbox"/> disturbed 輕度受困擾 mild <input type="checkbox"/> dementia 輕度痴呆	moderately <input type="checkbox"/> disturbed 中度受困擾 moderately <input type="checkbox"/> dementia 中度痴呆	seriously <input type="checkbox"/> disturbed 嚴重受困擾 severe <input type="checkbox"/> dementia 嚴重痴呆
Mobility 活動能力	independent <input type="checkbox"/> 行動自如	self-ambulatory <input type="checkbox"/> with walking aid or wheelchair 可自行用助行器 或輪椅移動	always need <input type="checkbox"/> personal escort 經常須別人摻扶	bedridden <input type="checkbox"/> 長期臥床
Continence 禁制能力	normal <input type="checkbox"/> 正常	occasional <input type="checkbox"/> urine or faecal soiling 大/小便偶而失禁	frequent urine <input type="checkbox"/> or faecal soiling 大/小便經常失禁	uncontrolled <input type="checkbox"/> incontinence 完全失卻禁制能 力
Speech 語言能力	able to express <input type="checkbox"/> 能正常表達	need time to express <input type="checkbox"/> 須慢慢表達	need clues to communicate <input type="checkbox"/> 須用其他方式表達	
A.D.L. 日常生活	independent <input type="checkbox"/> 不需幫助	(No supervision or assistance needed in all daily activities, including bathing dressing, toileting, transfer, continence and feeding)(在洗澡、穿衣、如廁、移動、大小便禁制及進食均 無需幫助)		
	Occasional assistance <input type="checkbox"/> 偶而需要幫助	(Need assistance in bathing and supervision in other activities)在洗澡時需協助及在其他活動上需指導		
	frequent assistance <input type="checkbox"/> 經常需要幫助	(need supervision or assistance in bathing and not more than 4 in other activities) (在洗澡及其他不過四項日常 活動需要協助)		
	totally dependent <input type="checkbox"/> 完全需要幫助			

1. Self-care Hostel 低度照顧安老院
In general, resident is capable of high degree of self-care
一般來說，院友有高度自我照顧起居生活的能力
2. Home for the Aged 中度照顧安老院
In general, resident can observe personal hygiene but need help and guidance for performing household duties
一般來說，院友有能力保持個人衛生，但在處理家居工作方面需要幫助及指導
3. Care-and-Attention Home 高度照顧安老院
In general, resident is generally weak in health, or suffering from functional disability, and requires constant help in meal, dressing-up and toilet, etc, but not requires constant and intensive professional nursing care
一般來說，院友的健康情況衰弱，或有機能上的障礙，以致在飲食、穿衣、個人衛生方面經常需要幫助，但無需經常性的護理照顧。
4. Others 其他：_____

Part VI 第六部份

Laboratory Test 化驗檢查

- Laboratory Test Required :
RFT, LFT, CBP, Hepatitis, VDRL, Chest X-Ray, Urine for Albumin & Glucose, Stool for Ova & Cyst.

Please comments on the above laboratory findings :

- ◇ RFT _____
- ◇ LFT _____
- ◇ CBP _____
- ◇ Glucose _____
- ◇ Hepatitis _____
- ◇ VDRL _____
- ◇ CXR _____
- ◇ Urine _____
- ◇ Stool _____

General Comments : _____

Recommendation : _____

Doctor's

Signature

醫生簽署：_____

Date

日期：_____

Doctor's Name

醫生姓名：_____

Hospital / Clinic

醫院 / 診所 _____

Doctor's Chop

醫生印鑑：_____