

社會福利署
住宿暫顧服務
入宿健康狀況申報表

一、申請人個人資料

中文姓名： _____ 英文姓名： _____

身份證號碼： _____ 性別： 男／女* 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 請刪去不適用者

二、填寫問卷或提供資料人士

姓名： _____ 與申請人關係： _____ 聯絡電話： _____

三、殘疾及健康資料（請勾選適用項目）

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|---|
| 肢體傷殘 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明： |
| 弱智 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，弱智程度為：
<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度
<input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 極度嚴重 |
| 精神病 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明： |
| 自閉症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 癲癇 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明頻密程度： |
| 言語障礙 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 聽覺受損 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 視覺受損 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，申請人為： <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 弱視 |
| 老人痴呆症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 心臟或血管疾病 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明： |
| 肺部或呼吸道疾病 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明： |
| 腎功能缺損／腎病 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明： |
| 過去兩星期內有否出現腹瀉、皮膚出疹、持續咳嗽、發燒等任何一種癥狀？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請詳細註明： |
| 有否對食物或藥物出現過敏反應？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請詳細註明： |
| 是否有吞嚥困難或容易在進食時出現噎促情況？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請詳細註明： |
| 有否疥瘡或其他皮膚病？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明： |
| 除上述所列，申請人有沒有患上其他疾病？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請詳細註明： |
| 最近六個月有否外遊？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明外遊國家或地點： |
| 最近六個月有否入院接受治療？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有，請註明入院原因： |

四、所需治療、護理及起居照顧

a. 定期覆診

覆診醫院／診所名稱	在預期接受住宿暫顧服務期內的覆診日期及時間	有否每天需要服用的藥物

* 備註：請提供有關醫院／診所的治療詳情，例如出院記錄、覆診時用的個人健康記錄等，若每天需要服務藥物，請提供藥名及服用指引的藥袋，以作記錄。

b. 除上述所列項目外，現正接受的治療（包括物理治療及職業治療）

治療詳情	提供治療的醫院／診所／服務單位

c. 所需護理及起居照顧（請勾選適用項目）

項目	所需照顧詳情
<input type="checkbox"/> 皮膚／傷口護理	
<input type="checkbox"/> 藥物／針藥注射	
<input type="checkbox"/> 餵食協助	
<input type="checkbox"/> 特別餐	
<input type="checkbox"/> 大小便處理	
<input type="checkbox"/> 其他	

本人（即填寫問卷或提供資料人士）及申請人（如適用）均明白，上述資料為提供康復服務機構考慮申請人的住宿暫顧服務申請之用。倘若有關機構對其中內容有疑問或需更多健康資料，可要求申請人作醫療檢查，以確保申請人在接受住宿暫顧服務期間得到妥善照顧。

填寫問卷或提供

資料人士姓名： _____ 簽名： _____ 日期： _____