

II. 有关残疾及健康问题的资料

1. 肢体伤残	<input type="checkbox"/> 四肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 下肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 半身不遂 <input type="checkbox"/> 大脑瘫痪 <input type="checkbox"/> 缺失手 / 脚掌或手 / 脚趾 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: <input type="checkbox"/> 附上医疗报告
2. 智障	<input type="checkbox"/> 并非智障 <input type="checkbox"/> 极度严重 <input type="checkbox"/> 严重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 不明 心理评估日期: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 附上心理评估报告
3. 其他残疾 (可选择多项)	<input type="checkbox"/> 言语障碍 <input type="checkbox"/> 听觉受损 / 弱听 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 视觉受损 (<input type="checkbox"/> 失明 / <input type="checkbox"/> 弱视) <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 精神病, 请注明: _____ <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____
4. 疾病 / 健康问题	若有, 请注明:
5. 需要依赖辅助呼吸 医疗仪器	<input type="checkbox"/> 是, 请注明辅助呼吸医疗仪器类 别: _____ <input type="checkbox"/> 否
6. 活动能力	<input type="checkbox"/> 自行走动 <input type="checkbox"/> 需要他人搀扶走动 <input type="checkbox"/> 以复康用具辅助走动 <input type="checkbox"/> 需用轮椅 <input type="checkbox"/> 需卧床
7. 现正接受的治疗	<input type="checkbox"/> 职业治疗 <input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 言语治疗 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 不适用

III. 照顾体系

照顾者资料

- 「照顾者」是指为申请人提供照顾或协助的家人, 包括父母、家属或亲人。
- 「其他照顾者」是指会提供协助的邻居、朋友或受聘照顾申请人的家庭佣工, 但不包括院舍或医院职员。

照顾者类别	姓名	性别 / 年龄	关系	是否同住	职业	联络电话
主要照顾者						
其他照顾者						

IV. 申请人 / 监护人 / 受委人签署 (适用于自行申请服务)

申请服务类别 (可选多于一项)	<input type="checkbox"/> 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 营养 / 药物使用 <input type="checkbox"/> 提供用作租用辅助呼吸医疗仪器及购买医疗消耗品的现金津贴 (适用于需要依赖辅助呼吸医疗仪器的严重肢体伤残人士) <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 改装家居设施 <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <input type="checkbox"/> 个人照顾服务 <input type="checkbox"/> 社会工作服务
申请人 / 监护人 / 受委人: (请删去不适用者)	电话: _____ _____ (签署) _____ (姓名) 日期: _____

V. 医疗资料（由医生、护理人员或专职医疗人员为计划离院或在门诊接受治疗的病人填写）

1. 医疗诊断	<input type="checkbox"/> 四肢瘫痪（需由医生填写） <input type="checkbox"/> 附上医疗报告评估为四肢瘫痪病人 <input type="checkbox"/> 其他，请注明： _____ _____		
2. 离院日期	_____		
3. 由医院 / 诊所作出的离院后安排	<input type="checkbox"/> 职业治疗 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 其他，请注明： _____	<input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 日间康复中心 <input type="checkbox"/> 门诊治疗，请注明诊所： _____	<input type="checkbox"/> 言语治疗 <input type="checkbox"/> 日间医院服务
4. 推荐予「严重肢体伤残人士综合支援服务」跟进的范畴（可选多于一项）	<input type="checkbox"/> 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 <input type="checkbox"/> 提供用作租用辅助呼吸医疗仪器及购买医疗消耗品的现金津贴（适用于需要依赖辅助呼吸医疗仪器的严重肢体伤残人士） <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务	<input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 个人照顾服务 <input type="checkbox"/> 其他，请注明： _____	<input type="checkbox"/> 营养 / 药物使用 <input type="checkbox"/> 改装家居设施 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 社会工作服务
5. 填写医疗资料的人员：			

_____（签署） _____（姓名） _____（职位）			
医院 / 诊所： _____ 电话： _____ 档案编号： _____ 日期： _____			

VI. 转介数据（如适用，须由转介者填写）

服务跟进建议（可选多于一项）	<input type="checkbox"/> 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 <input type="checkbox"/> 提供用作租用辅助呼吸医疗仪器及购买医疗消耗品的现金津贴（适用于需要依赖辅助呼吸医疗仪器的严重肢体伤残人士） <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务	<input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 个人照顾服务 <input type="checkbox"/> 其他，请注明： _____	<input type="checkbox"/> 营养 / 药物使用 <input type="checkbox"/> 改装家居设施 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 社会工作服务
个案编号： _____	转介单位： _____		
转介者姓名： _____（中）	转介机构： _____		
_____（英）	转介者职位： _____		
电邮： _____	电话 / 传真： _____		
转介者签署： _____	日期： _____		