

社會福利署
日間暫顧服務
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 無 有，請註明：
- 智障 無 有，智障程度為：輕度 中度
嚴重 極度嚴重
- 精神病 無 有，請註明：
- 自閉症 無 有
- 腦癇 無 有，請註明頻密程度：
- 言語障礙 無 有
- 聽覺受損 無 有
- 視覺受損 無 有，申請人為：失明 弱視
- 認知障礙症 無 有
- 心臟或血管疾病 無 有，請註明：
- 肺部或呼吸道疾病 無 有，請註明：
- 腎功能缺損／腎病 無 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？ 無 有，請詳細註明：
- 有否對食物或藥物出現過敏反應？ 無 有，請詳細註明：
- 是否有吞燕困難或容易在進食時
出現噎促情況？ 無 有，請詳細註明：
- 有否有疥瘡或其他皮膚病？ 無 有，請註明：
- 除上述所列，申請人有沒有患上
其他疾病？ 無 有，請詳細註明：
- 最近六個月有否外遊？ 無 有，請註明外遊國家或地點：
- 最近六個月有否入院接受治療？ 無 有，請註明入院原因：

四、所需護理（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	

* 備註：若申請人需使用藥物，請提供處方藥物標籤以作參考。

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日間暫顧服務申請之用。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日間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： _____