

Jockey Club CADENZA Hub  
賽馬會流金匯

日間護理中心服務申請表

甲、服務使用者資料

姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文) 性別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ (日/月/年) 年齡：\_\_\_\_\_ 身份証號碼：\_\_\_\_\_

籍貫：\_\_\_\_\_ 方言：\_\_\_\_\_ 退休前職業：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

地址 (中文)：\_\_\_\_\_ (必須填寫)

地址 (英文)：\_\_\_\_\_ (必須填寫)

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚/分居 寡/鰥 子女數目：\_\_\_\_\_

教育程度：未受教育 未受教育，但懂字 小學 中學 大專或以上

居住狀況：獨居 只與\*配偶/工人同住 與家人同住 同住人數：\_\_\_\_\_人

經濟狀況：家人供養 積蓄/退休金 政府補助 其他：\_\_\_\_\_

宗教信仰：無 基督教/天主教 道教 佛教 拜祖先 其他：\_\_\_\_\_

一、健康狀況

1 疾病診斷：腦退化症\* 輕度認知障礙\* (\*請提供有效醫生證明)

診斷日期(年/月/日)：\_\_\_\_\_ 診斷醫生/地點：\_\_\_\_\_

最近接受認知能力測試年份：\_\_\_\_\_ MMSE：\_\_\_\_\_ /30分

其他測試(請註明)：\_\_\_\_\_ 分數：\_\_\_\_\_

高血壓 糖尿病 心臟病 癌症 中風 關節炎

肺氣腫 白內障 腎病 癲癇症 柏金遜症

精神病 其他：\_\_\_\_\_

2 有否嚴重身體或不穩定疾病 (如依賴氧氣治療、長期卧床、復發性心臟病等)

沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

3.有否需由護士專責處理的護理項目錄如腹膜透析、鼻餵飼、尿喉等)

沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

4 有否任何滋擾他人的行為或攻擊性行為

沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

5. 覆診安排：

醫院/診所	專科	下次覆診日期	備註

6 現時服用藥物種類：\_\_\_\_\_ (種)

## Jockey Club CADENZA Hub 賽馬會流金匯

7. 過往半年住院紀錄： 沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)
8. 過往半年跌倒紀錄： 沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)
9. 曾否接受手術： 沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)
10. 曾否患有傳染病： 沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)
11. 皮膚狀況：正常 乾燥 痕癢 脫皮 紅腫
12. 吞嚥情況：正常 飲水偶有噎塞情況 曾見言語治療師 使用凝固粉
13. \*食物/藥物/其他有否敏感 沒有 有 (請註：\_\_\_\_\_)
14. 餐類：普餐 碎餐 低鹽 糖尿 其他(請註明：\_\_\_\_\_)
15. 有否配戴假牙：沒有 有
16. 有否吸煙習慣：沒有 有 已戒\_\_\_\_\_年
17. 有否飲酒習慣：沒有 有 已戒\_\_\_\_\_年

### 二、認知能力

項目	沒有問題	少許問題	問題嚴重	備註
1. 記憶力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. 講出自己的姓名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. 認得回家的路徑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. 清楚表達(用詞恰當、說話速度正常)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. 能夠接收口頭指示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. 判斷能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 三、表達及溝通能力

項目	正常	受損	輔助器	備註
1. 視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. 聽覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. 說話能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(請註明情況：_____)	_____

### 四、社交能力

1. 與別人相處的態度	<input type="checkbox"/> 合作	<input type="checkbox"/> 抗拒	<input type="checkbox"/> 冷淡
2. 主動性	<input type="checkbox"/> 獨立	<input type="checkbox"/> 需要提示	<input type="checkbox"/> 全賴別人協助
3. 情緒表達	<input type="checkbox"/> 恰當	<input type="checkbox"/> 抑鬱	<input type="checkbox"/> *高漲 / 憤怒
4. 行為表現	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 被動	<input type="checkbox"/> *不停活動 / 暴力傾向

**Jockey Club CADENZA Hub**  
**賽馬會流金匯**

五、自我照顧

項目	自助	一人協助	問題嚴重/ 二人協助	備註
1. 整體照顧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	工人照顧：*需要 / 不需
2. 進食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用尿片：*需要 / 不需
4. 洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 步行/轉移	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用助行器：

六、精神狀況：正常 混亂 幻覺 幻聽 幻視 妄想 其他：\_\_\_\_\_

七、睡眠狀況：正常 失眠 服用安眠藥後正常 日夜顛倒 睡不安寧

八、現正接受的社區服務：

沒有 有，請註明：\_\_\_\_\_

九、日常生活作息時間安排

時段	項目	患者進行該項目的情況
上午		<input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____
下午		<input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____
晚上		<input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____

十、其他事項：

喜歡的食物：沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

喜歡的活動/事物：沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

\*厭惡/悲傷的事物：沒有 有 (請註明：\_\_\_\_\_)

其他有助本中心瞭解患者的資料：\_\_\_\_\_

\*請刪去不適用者

**乙、申請人/照顧者資料 (申請人必須為直系親屬或監護人)**

申請人姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)

與服務使用者關係：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 電郵地址：\_\_\_\_\_

地址 (中文)：\_\_\_\_\_

(英文)：\_\_\_\_\_

日間聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手提電話：\_\_\_\_\_

申請人現時工作狀況是：半職 全職 退休 家庭主婦

**Jockey Club CADENZA Hub**  
**賽馬會流金匯**

申請服務的原因或對服務的期望：\_\_\_\_\_

申請人從何得知本中心服務？（只選一項）

- 公立醫生，請註明姓名：\_\_\_\_\_
- 私家醫生，請註明姓名：\_\_\_\_\_
- 醫院，請註明醫院名稱及部門：\_\_\_\_\_
- 社會服務機構/專業人士：請註明：\_\_\_\_\_
- 親友介紹，請註明：\_\_\_\_\_
- 其他，請註明：\_\_\_\_\_

主要照顧者姓名(如不是申請人)：\_\_\_\_\_ 與服務使用者關係：\_\_\_\_\_

照顧者覺得自己在照顧方面承受壓力的分數，1 分表示極少，10 分表示極大：\_\_\_\_\_

- 患者所有直系親屬（包括配偶、子女等）均同意申請本中心服務。
- 患者正受監護令保護，（監護人姓名：\_\_\_\_\_）
- 本人不需收到任何有關本中心的資訊及課程資料。

申請人簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

**\*填妥表格後，連同申請人的醫生證明信後頁的表格(英文版)可供主診醫生填寫或醫生轉介信，傳真至 37631100 或郵寄至大埔富善邨善鄰樓地下 A 翼及 B 翼 查詢電話: 37631000**

備註：在這份表格所提供的資料，將只用於處理服務申請及服務統計用。根據個人資料(私穩)條例，你有權查閱及更新在這份表格上提供的個人資料。

只供中心職員填寫：

選擇服務，請在空格內加「✓」：

- 「自付盈虧」服務
- 「長者社區照顧服務券試驗計劃」服務
- 「持續社區復康計劃」服務
- 關愛基金「支援在公立醫院接受治療後離院的長者」試驗計劃

負責職員姓名：\_\_\_\_\_

負責職員簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

備註：\_\_\_\_\_

Jockey Club CADENZA Hub  
賽馬會流金匯

**Medical Assessment**

(To be completed by Doctor)

Name:

Date:

Sex/Age:

HKID:

All Diagnoses (Including state of dementia):

History of Present Illness/Past Medical History:

Swallowing Problems: N Y  
Tendency to fall: N Y  
Allergies: N Y \_\_\_\_\_  
Special Diet: N Y \_\_\_\_\_  
Contagious Disease N Y \_\_\_\_\_  
Current Medication:

Investigations done:

Recommendations:

\_\_\_\_\_  
(Name of Doctor)

Contact tel no. \_\_\_\_\_