



中华基督教礼贤会香港区会

礼贤会颐养院自负盈亏宿位 申请入住表格

编号: _____

选择院舍: *诗田颐养院 / 王少清颐养院

姓名: _____ (_____)

中文

英文

性别: _____ 年龄: _____ 婚姻状况: _____

地址: _____

_____ 电话: _____

通讯处或其他联络地址: _____

出生日期: _____年____月____日出生地点: _____籍贯: _____

身份证号码: _____ 到港日期: _____

宗教信仰: _____ 堂会名称: _____

受洗日期: _____年____月____日 施洗牧师: _____

1. 近亲或好友

姓名	性别	关系	地址	电话

2. 教育背景: (合适格内作✓)

私塾 小学 中学 大专或以上程度 其他: _____

3. 主要经济状况:

依靠积蓄 综援 高龄/伤残津贴 家人供养 其他: _____

4. 居住情况: 与亲人同住 独居 私营护理安老院 其他: _____

5. 个人兴趣: _____

6. 有否患有以下疾病 (可✓多项)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 中 风 | <input type="checkbox"/> 冠心病 | <input type="checkbox"/> 巴金森症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 肾 病 | <input type="checkbox"/> 痴呆症 | <input type="checkbox"/> 关节炎 | <input type="checkbox"/> 骨 折 | <input type="checkbox"/> 骨质疏松症 |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 青光眼 | <input type="checkbox"/> 结核病 | <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 |
| <input type="checkbox"/> 其 他: _____ | | | | |

7. 身体状况: (请在合适□内作✓)

	日常活动	自我应付	部份倚赖他人	全倚赖他人
a. 购物		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 煮食		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 清洁家居		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 药物处理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 使用交通工具		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 沐浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 穿衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 进食		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 在屋内行走		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 如厕		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 选择房间类别: 二人 三人

9. 获知此项服务的途径

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 教会 / 堂会转介 | <input type="checkbox"/> 医务社工 | <input type="checkbox"/> 宣传单张 | <input type="checkbox"/> 机构同工 |
| <input type="checkbox"/> 院友 | <input type="checkbox"/> 村内街坊 / 长者介绍 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |

10. 咨询人/保证人 (亲属、朋友)

姓 名: _____ (_____) 性别: _____
中文 英文
 关 系: _____ 电 话: _____

11. 转介堂会 / 医务社工: _____

地 址: _____ 电 话: _____
 堂会 / 医务社工姓名: _____ 签 署: _____
 日 期: _____

12. 备注: _____

申请人姓名 / 签署: _____
(如用指模, 请用左姆指)
 日 期: _____