

致：負責同工(傳真號碼：3186 2253 或 電郵：kemoste@skhwc.org.hk)

香港聖公會安老院舍外展專業服務試驗計劃 (九龍東)  
**服務轉介表《私營安老院舍適用》**

1. 院舍名稱： \_\_\_\_\_ (下稱“院舍”)
2. 院友姓名(中文)： \_\_\_\_\_ 3. 院友身份證號碼： \_\_\_\_\_ ( )
4. 性別： 男 / 女 5. 出生日期： \_\_\_\_\_ 6. 床號： \_\_\_\_\_
7. 院友手提電話： \_\_\_\_\_ 8. 院友家屬手提電話： \_\_\_\_\_ 9. 關係： \_\_\_\_\_
10. 院舍聯絡人姓名： \_\_\_\_\_ 11. 聯絡電話： \_\_\_\_\_ 12. 傳真： \_\_\_\_\_
13. 轉介人姓名： \_\_\_\_\_ 14. 聯絡電話： \_\_\_\_\_ 15. 傳真： \_\_\_\_\_
16. 院友診斷： \_\_\_\_\_
17. 轉介來源(請☑)：  院舍職員  院友  院友家屬  
#請圈出所屬單位  安老院舍外展專業服務同工(MOSTE)  
 醫管局(HA)#: (CGAT / PGT / CNS / PT / OT / ST / MSW / 其他： \_\_\_\_\_)  
 長者健康外展隊伍(DH)  
 院舍外展醫生到診服務(VMPS)  
 到訪醫生(VMO)  其他(請註明)：
18. 現接受服務(請☑)：  CGAT 之到院治療或購買復康器材服務  日間醫院服務(GDH)  臨終照顧服務
19. 服務轉介：

服務類別(請☑)			
<input type="checkbox"/> A.物理治療服務	<input type="checkbox"/> B.職業治療服務	<input type="checkbox"/> C.言語治療服務	<input type="checkbox"/> D.社工服務
例如：痛症處理、步行訓練、肌肉訓練、復康器材諮詢。	例如：認知訓練、自我照顧能力技巧訓練、改善坐姿、復康器材諮詢。	例如：吞嚥訓練、口肌訓練、言語訓練、餐膳安排諮詢、教授家人/ 照顧者正確餵食技巧。	例如：社交活動、團體探訪。

20. 備註： \_\_\_\_\_

21. 院友/家屬聲明

- ◆本人同意/同意本人之 \_\_\_\_\_ (親屬關係) \_\_\_\_\_ (院友姓名)\* 接受由香港聖公會福利協會有限公司(下稱“福利協會”)提供之安老院舍外展專業服務。
- ◆本人授權院舍將 本人/本人 \_\_\_\_\_ (親屬關係) \_\_\_\_\_ (院友姓名)\* (下稱“院友”)之個人資料，包括但不限於姓名、電話號碼、病歷、用藥記錄等，向工作上有需要知道該等資料的下列人仕轉移及披露：1) 福利協會轄下相關部門及單位之員工；2) 獲福利協會委任的保險公司、醫生及/或其他服務提供者；3) 其他參與照顧院友的專業醫護人仕〔包括但不限於醫管局及院舍外展醫生到診服務(VMPS)醫生〕；及 4) 獲授權或有法定權力收取有關資料的政府部門或機構等。
- ◆本人明白提供個人資料予福利協會純為自願。本人亦明白需確保所提供之資料為真確。遇有任何資料上之更改，本人須儘快通知福利協會作有關更新。如因所提供的資料失實而引致服務延誤或意外傷亡，一概由本人承擔。
- ◆除個人資料(私隱)條例特定的豁免範圍外，本人有權申請查閱及/或改正福利協會所存有關本人的個人資料，本人明白如需「查閱個人資料」或「索取個人資料的複印本」，均須提交申請表及繳付費用。  
(\*請刪去不適用者，如屬精神上無行為能力的長者，請院友親屬/監護人代為簽署，並在「親屬關係」欄填寫院友與親屬之關係如：丈夫/妻子/母親/父親/兄弟/姊妹/監護人等)

院友/家屬姓名： \_\_\_\_\_ 院友/家屬簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

院舍/機構蓋章： \_\_\_\_\_

致：\_\_\_\_\_ (院舍名稱) 傳真號碼/電郵地址：\_\_\_\_\_

香港聖公會安老院舍外展專業服務試驗計劃 (九龍東)

回覆《福利協會職員專用》

1. 本會已於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日安排個案經理\_\_\_\_\_ (姓名) 到 貴院跟進  
\_\_\_\_\_ (院友姓名) 轉介事宜。

2. 經本會物理治療師/職業治療師/言語治療師/社工進行評估後，簡覆申請結果如下(請 ):

2.1 本會未能為申請人提供物理治療/職業治療/言語治療/社工\*服務，原因：\_\_\_\_\_

2.2 本會將為申請人提供物理治療/職業治療/言語治療/社工\*服務，簡述如下：

2.2.1 院友狀況：\_\_\_\_\_

2.2.2 跟進計劃如下(請 ):

	<input type="checkbox"/> 物理治療服務	<input type="checkbox"/> 職業治療服務	<input type="checkbox"/> 言語治療服務	<input type="checkbox"/> 社工服務
服務內容	<input type="checkbox"/> 減輕痛楚 <input type="checkbox"/> 維持/提升平衡力 <input type="checkbox"/> 步行訓練/站立訓練 <input type="checkbox"/> 維持/提升肌肉力度 <input type="checkbox"/> 維持/提升關節活動幅度 <input type="checkbox"/> 建議合適輔助用具 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 小肌肉訓練 <input type="checkbox"/> 維持/提升上肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 維持/提升自理能力 <input type="checkbox"/> 維持/提升活動功能 <input type="checkbox"/> 維持/提升認知功能 <input type="checkbox"/> 照顧者訓練 <input type="checkbox"/> 感官刺激訓練 <input type="checkbox"/> 建議合適輔助用具 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 言語發音訓練 <input type="checkbox"/> 語言溝通訓練 <input type="checkbox"/> 吞嚥訓練 <input type="checkbox"/> 口肌訓練 <input type="checkbox"/> 唾液/口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> 進食觀察/指導 <input type="checkbox"/> 照顧者餵食技巧訓練/諮詢 <input type="checkbox"/> 餐膳安排諮詢 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 各類社交活動 <input type="checkbox"/> 康樂活動 <input type="checkbox"/> 團體探訪 <input type="checkbox"/> 其他：_____
服務安排	提供每週/月_____節物理治療服務，並在_____節後再評估服務需要。	提供每週/月_____節職業治療服務，並在_____節後再評估服務需要。	提供每週/月_____節言語治療服務，並在_____節後再評估服務需要。	提供_____服務/活動，活動後再評估服務需要。

2.2.3 備註：\_\_\_\_\_

**\*請刪去不適用者**

個案經理姓名及簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

督導員姓名及簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_