



聖雅各福群會 持續照顧
健智支援服務中心
St. James' Settlement Continuing Care
Kin Chi Dementia Care Support Service Centre

收表日期：_____
檔案編號：_____

服務申請表

甲部：申請服務類別 日間中心服務： 西環中心 東區中心
 到戶訓練服務

乙部：患者資料

患者姓名：_____ (中文) _____ (英文)

性別：_____ 出生日期：_____ 籍貫：_____ 所操方言：_____

住址：_____

電話：_____ 身份証號碼：_____

居住狀況： 獨居 與配偶同住 與子女同住 與其他親屬/人士同住

婚姻狀況： 獨身 已婚 離婚/分居 鰥/寡 同居

患者健康狀況：(包括老年痴呆症)

現有病患：_____ 程度：_____ 覆診地點：_____

現有病患：_____ 覆診地點：_____

現有病患：_____ 覆診地點：_____

服用藥物(如適用)：_____

現正接受之其他服務：_____

患者其他資料及情況：_____

丙部：照顧者資料

主要照顧者姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____

與申請人關係：配偶 子女 其他親屬/人士_____ 職業：_____

住址(如不同住)：_____

聯絡方法：_____ (手提) _____ (住所)

傳真：_____ 電郵地址：_____ @ _____

聯絡人電話(如與照顧者不同)：_____ (手提) _____ (住所)

申請服務原因：_____

轉介來源(從那處得悉本中心的服務)：本會單位 親友 宣傳刊物

其他機構(請說明：_____) 其他(請說明：_____)

丁部：轉介機構 (只適用於機構申請)

轉介人姓名：_____ 職位及機構：_____

電話：_____ 傳真：_____ 電郵：_____

本服務單位專用

跟進：接受申請 自撤申請 不合申請資格

日期及狀況：_____

中心主任姓名/簽名：_____ 日期：_____

地址：香港西環德輔道西 466 號 3 字樓(由長庚里入)

電話：2816-9009 傳真：2816-9085 電郵：kin_chi@sjs.org.hk

修訂於：08 年 7 月