



聖雅各福群會 認知障礙症照顧服務

St. James' Settlement Continuing Care
Dementia Care Support Service

收表日期: _____

檔案編號: _____

服務申請表

甲部：服務申請類別 (*請刪去不適用)

- 健智支援服務中心(*西環/灣仔) 到戶服務 長者精神健康評估
 「與你同行」早期介入及家居訓練計劃 專業心理輔導服務 「有營又有型」計劃

乙部：案主資料

長者姓名：_____ (中文) _____ (英文)

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

住址：_____

電話：_____ 身份證號碼：_____

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

案主健康狀況：

現有病患： 血壓高/低 糖尿病 帕金森症 心臟病
 中風 關節炎 氣管病 其他 (請註明：_____)

覆診地點：_____

長者是否確診患有認知障礙症 (失智症/腦退化症)? 尚未確診 已確診

覆診地點：_____

現時案主的行為情緒狀況：_____

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：_____ @ _____

地址：香港灣仔堅尼地道 100 號 2 樓(灣仔) 電話: 25962506 傳真:25962516

香港西環德輔道西 466 號 3 樓 (西環) 電話:28169009 傳真: 28169085

電郵：kin_chi@sjs.org.hk 網址：<http://dementia.sjs.org.hk>

修訂於：2014 年 1 月

丁部：聯絡人資料 (**如與照顧者不同，請填此部份)

聯絡人姓名：_____ 與申請人關係：_____

聯絡方法：_____ (手提) _____ (住所)

轉介來源 (從哪處得悉本中心的服務)： 本會單位 親友 宣傳刊物**戊部：轉介機構** (只適用於機構申請)

轉介人姓名：_____ 職位：_____

機構：_____

電話：_____ 傳真：_____ 電郵：_____

日期：_____

己部：使用個人資料聲明 (*請刪去不適用者)

聖雅各福群會盡力遵守《個人資料(私隱)條例》所載的規定，依照收集資料時所說明的目的使用該等資料，並確保個人資料得到妥善儲存。閣下提供予本會的個人資料將用作家屬聯絡之用。本會將運用閣下之個人資料(包括姓名、電話、傳真、電郵及郵寄地址等)，以便日後作與閣下聯絡提供服務安排、活動/訓練課程、家屬通訊、服務推廣、呼籲慈善捐款的邀請或收集意見的用途。除非本會已取得你的同意，否則本會不會使用你的個人資料作上述用途。閣下可以隨時向本會提出要求停止使用閣下的個人資料，此項安排毋須繳付任何費用。

倘若閣下同意本會的上述安排，請於右方簽署。

如閣下不同意上述安排，請在簽署前於以下空格加上「✓」號。

 本人不同意上述有關使用個人資料的安排。

*主要照顧者/聯絡人

簽署：_____

姓名：_____

日期：_____

本服務單位專用 自撤申請 不合申請資格 安排家訪, 日期: _____ 接受申請, 安排服務: _____

日期及狀況: _____

中心主任姓名/簽名: _____ 日期: _____

地址：香港灣仔堅尼地道 100 號 2 樓(灣仔) 電話: 25962506 傳真: 25962516
 香港西環德輔道西 466 號 3 樓 (西環) 電話: 28169009 傳真: 28169085
 電郵: kin_chi@sjs.org.hk 網址: <http://dementia.sjs.org.hk>

修訂於：2014 年 1 月