

圓玄護理安老院  
機構宿位服務申請表

SQS 10 (2-A)

(甲部) 申請表格 (由申請人 / 諮詢人 / 保證人填寫)

(一). 申請人姓名: \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)

住址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 手提電話: \_\_\_\_\_

通訊地址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (如有不相同) 電話: \_\_\_\_\_

性別: 男 / 女 出生日期: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_

身份證號碼: \_\_\_\_\_ 抵港日期: \_\_\_\_\_

籍貫: \_\_\_\_\_ 所操方言: \_\_\_\_\_

教育程度: \_\_\_\_\_ 宗教: \_\_\_\_\_

(二). 諮詢及保證人姓名: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_

身份證號碼: \_\_\_\_\_ XXX (X) 職業: \_\_\_\_\_

與申請人關係: \_\_\_\_\_

住址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 手提電話: \_\_\_\_\_

(三). 申請人同意書 (由申請人簽署 / 蓋章)

本人同意將個人資料及體格檢驗結果, 提供予有關機構以便審核本人之入院資格。



申請人姓名: \_\_\_\_\_

簽 署: \_\_\_\_\_

日 期: \_\_\_\_\_

見證人姓名: \_\_\_\_\_

日 期: \_\_\_\_\_

## (乙部) 申請人資料(由申請人 / 諮詢人 / 保證人填寫)

## (一). 直系家屬資料:

姓 名	年 齡	性 別	與申請人之關係	如非同住者，請列其聯絡電話
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

## (二). 緊急聯絡人:

姓名: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 與申請人之關係: \_\_\_\_\_  
 住址: \_\_\_\_\_ 手提電話: \_\_\_\_\_  
 姓名: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 與申請人之關係: \_\_\_\_\_  
 住址: \_\_\_\_\_ 手提電話: \_\_\_\_\_

## (三). 經濟狀況: (請在適當方格內 ✓, 並註明)

直系家屬供給  金額: \_\_\_\_\_  
 親友供給  金額: \_\_\_\_\_  
 退休金 / 儲蓄  金額: \_\_\_\_\_  
 高齡津貼  金額: \_\_\_\_\_  
 傷殘津貼  金額: \_\_\_\_\_  
 長者生活津貼  金額: \_\_\_\_\_  
 綜援金  金額: \_\_\_\_\_

所屬社會保障部: \_\_\_\_\_  
 個案編號: \_\_\_\_\_  
 聯絡人: \_\_\_\_\_  
 電話: \_\_\_\_\_

\* 刪去不適用者

申請人如獲接受入住，其院費將由誰人支付

- 申請人
- 家屬 / 親友 \*
- 社會福利署

(四). 居住情況：

- 獨居
- 與直系親屬同住
- 與親友同住
- 其他 (請註明)  \_\_\_\_\_

居住之樓宇屬何類型： \_\_\_\_\_

每月租金 / 供款 \* : \_\_\_\_\_

(五). 身體及健康狀況：

1. 視覺：

- 配帶眼鏡 有 無
- 視力 良好 一般 欠佳
- 有戴眼鏡 失明

2. 聽覺：

- 良好 一般 欠佳 失聰
- 配戴助聽器 有 無

3. 語文能力：

- 與人交談 正常 有困難 不能說話

請說明： \_\_\_\_\_

- 閱讀 有能力 無此能力
- 書寫 有能力 無此能力

\* 刪去不適用者

## 4. 進食能力：

- 假牙 有 無
- 嘴嚼 正常 欠佳
- 吞嚥 正常 欠佳

## 5. 大小便控制：

- 正常 失禁：小便  
大便

## 6. 活動能力：

- 手部控制 活動自如 一般 欠佳
- 行動功能 自如
- 用輔助器能自己行動
- 需要輪椅
- 不能行動
- 容易失控跌倒
- 需長期臥床 / 癱瘓

7. 精神狀況：正常 不正常

請說明：\_\_\_\_\_

8. 與人相處能力：融洽 間中有爭執 經常有爭執  
有騷擾他人行為

請說明：\_\_\_\_\_

9. 整體健康狀況：良好 一般 欠佳

請說明：\_\_\_\_\_

## 10. 嗜好：(如吸烟、飲酒.....) \_\_\_\_\_

## 11. 自我照顧能力：

	能自我照顧	部份依靠別人	完全依靠別人
梳洗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. 其他顯著之障礙 (如有)： \_\_\_\_\_

## (六). 申請人背景資料：

---



---



---



---



---

## (七). 申請入住本院理由：(請註明緊急程度)

---



---



---

## (丙部) 轉介機構 (由轉介機構填寫)

名稱： \_\_\_\_\_

住址： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

檔案編號： \_\_\_\_\_ 開檔案日期： \_\_\_\_\_

轉介社會工作者 / 推薦人 \*

審核主任 / 單位主管 \*

姓名： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

簽署： \_\_\_\_\_

簽署： \_\_\_\_\_

職位： \_\_\_\_\_

職位： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

(一). 初步評估及建議： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

負責職員姓名： \_\_\_\_\_  
 簽署： \_\_\_\_\_  
 職位： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_

(二). 總評估及建議： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_  
 簽署： \_\_\_\_\_  
 職位： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_

- (三). 管理委員會最後審批及決定：
- 盡早安排入住
  - 接納入住，照常輪候
  - 拒絕入住
  - 暫時拒絕入住

原因： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

圓玄護理安老院代表

姓名： \_\_\_\_\_  
 簽署： \_\_\_\_\_  
 職位： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_

圓玄學院代表

姓名： \_\_\_\_\_  
 簽署： \_\_\_\_\_  
 職位： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_