

靈實全護通
上門陪診服務 - 申請表

甲. 申請人個人資料

檔案編號: _____

| | |
|---|---|
| 姓名 (中文) : | Name (English) : |
| 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齡 Age : |
| 出生日期 : | 身份證號碼 : |
| 住址 : _____ | |
| 聯絡電話 (住宅) : | (手提) : |
| 常用語言: <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 地方語言 (請列明: _____) | |
| 居住狀況: <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與子女同住 <input type="checkbox"/> 與親屬同住 <input type="checkbox"/> 與家傭同住 <input type="checkbox"/> 與其他人同住 (請註明): _____ | |
| 覆診日期 : | 到達時間 : |
| 覆診地點 : | 覆診病科 : |
| 覆診時間 : | 輪 椅: <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 |
| 交通安排: <input type="checkbox"/> 的士 <input type="checkbox"/> 步行 <input type="checkbox"/> 巴士 <input type="checkbox"/> 其他 : | |

乙. 轉介機構資料 :

| | |
|--------|-------|
| 機構名稱 : | 轉介人 : |
| 聯絡電話 : | 傳 真 : |
| 電 郵 : | |

丙. 聯絡人資料 :

| | |
|----------|------------------------------|
| 姓名 : | (先生 Mr/女士 Ms/小姐 Miss/太太 Mrs) |
| 與申請人關係 : | 聯絡電話 : |

轉介人簽署: _____ 日 期: _____

| | |
|------------------------------------|----------------|
| 職員專用(For internal use only) | 申請表接收日期: _____ |
| 陪診員: _____ | 聯絡電話: _____ |