

香港聖公會安老院舍外展專業服務隊 (九龍東)(下稱“服務隊”)

言語治療服務申請 / 轉介表《合約及自負盈虧院舍適用》

服務使用者資料: (*請刪去不適用者, 並剔選☑合適方格)

1. 院舍名稱: _____ (下稱“院舍”)
2. 申請人/院友姓名(中文): _____ 3. 身份證號碼: _____ ()
4. 性別*: 男 / 女 5. 出生日期: _____ 6. 床號: _____
7. 申請人/院友手提電話: _____ 8. 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. 申請人/轉介人背景: 申請人本人 院舍職員 申請人/院友家屬
 安老院舍外展專業服務隊(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): _____
17. 現接受服務: 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
18. 申請人/院友現時狀況 (根據最近 30 日內的觀察) – 可選多項

自我照顧能力:

- 自行走動 需要他人攙扶走動 需用輪椅 (室內 / 外出) 床過椅轉移協助 (低 / 中 / 高)
 需以復康用具輔助走動 (室內 / 外出) / (拐杖 / 四腳叉 / 助行架 / 其他: _____) 長期臥床
 肢體疼痛 (部位: _____) 最近於 ___ 日內跌倒 ___ 次 肢體肌力轉弱/關節活動度減少 (部位: _____)
 穿衣協助 (低/ 中/ 高) 如廁協助 (低/ 中/ 高) 餵食協助 (低/ 中/ 高) 其他: _____

認知能力:

- 無缺損 輕度缺損 中度缺損 嚴重缺損 認知能力近日急速下降, 判斷和記憶力衰退
 出現行為問題, 如: (_____)

言語及吞嚥能力:

- 能清晰表達 / 僅能簡單表達 / 不能溝通 理解能力正常 / 理解日常指令有困難
 正餐 / 碎餐 / 糊餐 / 鼻胃管餵食 / 胃造口餵食 清流質 / 需使用凝固粉
 吞嚥前後有咳嗽 拒食 / 餵食困難

長期病患:

- 沒有 高/低血壓 心臟病 糖尿病 帕金森症 認知障礙
 中風 弱視/失明 弱聽/失聰 壓瘡 其他 (請註明: _____)

精神病患:

- 沒有 抑鬱症 焦慮症 躁鬱症 精神分裂症 其他 (請註明: _____)

肢體傷殘:

- 沒有 四肢癱瘓 下肢癱瘓 左/右半身不遂 缺失上/下肢 缺失手/腳掌或手指/腳趾

社交表現:

- 正常 被動 退縮 拒絕參與

院舍生活適應:

- 理想 可接受 未能適應

轉介時患有傳染病:

- 是 (請註明: _____) 否

19. 申請人的特別需要及/或轉介人希望服務隊特別留意的地方 (如有) 請註明: _____

20. 備註: _____

申請 / 轉介服務須知:

- 服務隊提供言語治療服務, 提供之服務將以服務隊之評估結果作最終決定。
- 當申請人/院友懷疑患上傳染性疾病時, 申請人/院友家屬及/或院舍明白及同意, 為保障其他服務使用者與服務提供者之健康, 服務隊會按申請人/院友情況, 考慮暫停提供服務直至其傳染性疾病痊癒為止。
- 服務隊提供的外展服務是免費的, 惟院友購買之個人用品則用者自付。

授權及聲明: (*請刪去不適用者, 並剔選☑合適方格)

備註: 1. 如申請人/院友屬精神上無行為能力, 請申請人/院友之親屬或監護人代為簽署, 並在「親屬關係」欄填寫與院友之關係如: 丈夫/妻子/母親/父親/兄弟/姊/妹/監護人等;
2. 如院舍已取得申請人/院友、其親屬及/或監護人的同意, 院舍代表可代為簽署。

- ❖ 本院已取得申請人、其親屬及/或監護人同意, 授權簽署以下聲明:
- ❖ 本人/院友*同意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, 並同意接受及遵守以下各項服務要點。
- ❖ 本人/院友* 同意/不同意 在參加安老院舍外展專業服務時攝錄之照片/錄音/錄像供福利協會及相關團體作專業人員培訓、活動介紹、宣傳、推廣、學術研究、報告及其他有關用途。
- ❖ 本人/院友* 同意並授權福利協會將本人/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/院友*提供個人資料予福利協會純為自願。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/院友* 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/院友* 承擔。
- ❖ 除個人資料(私隱)條例特定的豁免範圍外, 本人/院友*有權申請查閱及/或改正福利協會所存有關於本人/院友*的個人資料。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。查詢或提出申請可聯絡服務隊負責人, 電郵:kemoste@skhwc.org.hk / 電話: 3598 9120。

申請人/院友姓名: _____

申請人/親屬/監護人/院舍代表*姓名: _____ 簽署: _____

院舍/機構蓋章: _____ 日期: _____