

轉介表格

第一部份：病人資料 姓名：_____ (中文) _____ (英文) 香港身份證號碼：_____ 性別/年齡：_____ 電話號碼：_____ (手提) _____ (家居) 住址：_____ 轉介者參考編號：_____ (或貼上病人標籤)	可聯絡以下人士作初步評估預約： <input type="checkbox"/> 病者本人 <input type="checkbox"/> 家屬：_____ (姓名) _____ (關係) _____ (聯絡電話)
第二部份：疾病狀況 1. 病人目前身處 <input type="checkbox"/> 醫院 (請註明) _____ <input type="checkbox"/> 家居 (如不同上址，請填寫) _____ <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____ 2. 診斷 癌症： 原發性 _____ 轉移 _____ 非癌症(請註明)： _____ 粗略估計壽命： <input type="checkbox"/> 以日計 <input type="checkbox"/> 以星期計 <input type="checkbox"/> 以月計 <input type="checkbox"/> 約一年 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 備註： _____ 病人知悉診斷： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家屬知悉診斷： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 已簽訂「預設醫療指示」/「不作心肺復甦術」： <input type="checkbox"/> 是:請註明 _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未有討論 是否有傳染病： <input type="checkbox"/> 是:請註明 _____ <input type="checkbox"/> 否 3. 病史 (請附上「出院紀錄」或有關資料) _____ _____ 4. 目前情況 (請圈著適用者) 精神狀況：清醒 / 暈睡 / 失去知覺 / 有定向力 / 沒定向力 活動能力：行動自如 / 手杖 / 助行架 / 輪椅 / 臥床 飲食： 自行飲食 / 需要照顧 / 喉管餵食 其他： (請註明) _____ 5. 目前用藥及既知藥物敏感 _____ 6. 病人同意轉介本服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無能力表達意願 家屬同意轉介本服務： <input type="checkbox"/> 是 家屬姓名：_____ 關係：_____	
第三部份：家庭及經濟概況 1. 同住家屬 (請在適當格子註上✓；並於*刪去不適用者) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> *父/母 <input type="checkbox"/> *子/女 <input type="checkbox"/> *祖父/祖母 <input type="checkbox"/> *孫兒/孫女 <input type="checkbox"/> 家傭 <input type="checkbox"/> 其他(請註明 _____) 2. 經濟概況 <input type="checkbox"/> 入息及資產符合申請公共房屋之限額 <input type="checkbox"/> 符合綜援之申請資格 <input type="checkbox"/> 符合長者生活津貼的申請資格 <input type="checkbox"/> 因患病而重大影響家庭經濟 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____	
第四部份：轉介者資料 姓名：_____ 醫院/診所/團體：_____ 職位：_____ 電話：_____ 簽署：_____ 日期：_____	