

# 香港老年痴呆症協會

## 服務申請表

服務申請日期：\_\_\_\_\_（日/月/年）

患者姓名：\_\_\_\_\_（中文）\_\_\_\_\_（英文） 性別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_（年/月/日） 身份證號碼：\_\_\_\_\_ 退休前職業：\_\_\_\_\_

教育程度：從未接受教育 小學 中學 大學 籍貫：\_\_\_\_\_ 所操方言：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

經濟來源：綜援 子女供養 政府其他津貼 儲蓄 其他：\_\_\_\_\_

患者有否工人照顧：有 否 患者有否被醫生斷定患有老年痴呆症：有 否

患者有否其他長期病：否 有，請註明病類：\_\_\_\_\_

患者申請何種服務？日間中心 到戶訓練 其他(請註明)：\_\_\_\_\_

患者申請此服務之原因：\_\_\_\_\_

患者有否接受其他社會服務：有(請註明)\_\_\_\_\_ 否

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 與患者關係：配偶 子女 請註明：\_\_\_\_\_

照顧者姓名(若不是申請人)：\_\_\_\_\_ (中文) 與患者關係：配偶 子女 其他家屬/人士

照顧者住址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

照顧者覺得自己在照顧患者方面承受壓力程度分數，

1分表示極少，5分表示可以接受，10分表示極大：\_\_\_\_\_

填妥表格後，需連同患者的醫生證明信，郵寄至九龍橫頭磡村宏業樓地下 或 傳真：2338 0772

查詢電話：2338 1120