



新界東日間社區康復中心 NTE Community Rehabilitation Day Center

新界沙田瀝源邨祿泉樓地下 105 至 118 號 105 - 118, G/F, Luk Chuen House, Lek Yuen Estate, Shatin, NT

電話 Tel : 2601-2978 傳真 Fax : 2601-1772 電 ntecrdc@sahk1963.org.hk

<嚴重殘疾人士日間照顧服務>申請表

申請人資料		
姓名：(中文) (英文)	性別：男/女*	
	出生日期：	
住址：	身份證號碼：	
電話：	日間聯絡電話：	
	聯絡人姓名：	
診斷類別：	其他病患：	
<input type="checkbox"/> 肢體傷殘：請註明：_____	<input type="checkbox"/> 癲癇症 (頻密程度：_____)	
<input type="checkbox"/> 輪椅使用者 <input type="checkbox"/> 步行器材，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 大部份時間臥床	<input type="checkbox"/> 心臟病	
<input type="checkbox"/> 智障：程度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 極度嚴重	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸道疾病	
<input type="checkbox"/> 言語障礙：請註明：_____	<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 聽覺受損： <input type="checkbox"/> 弱聽(左/右耳/雙耳*) <input type="checkbox"/> 失聰(左/右耳/雙耳*)	<input type="checkbox"/> 高血壓	
<input type="checkbox"/> 視覺受損： <input type="checkbox"/> 弱視(左/右眼/雙眼*) <input type="checkbox"/> 失明(左/右眼/雙眼*)	<input type="checkbox"/> 其他：_____	
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
申請人現時接受服務情況		
<input type="checkbox"/> 現接受_____服務 (請註明)		
<input type="checkbox"/> 輪候服務中，請註明服務類別：_____		
<input type="checkbox"/> 沒有任何服務，留在家中		
轉介原因/背景資料(簡述)：		
○ 附上申請人之評估報告/ 個案總結/ 出院報告*		
轉介人資料		
轉介人姓名：	所屬機構及單位：	
職位：	聯絡電話：	傳真：
簽署：	日期：	
申請服務結果 (只供內部填寫)		
<input type="checkbox"/> 接受申請 (由 _____ 開始接受服務)	備註：	
<input type="checkbox"/> 需輪候服務		
<input type="checkbox"/> 拒收/自行退出服務		
<input type="checkbox"/> 接送服務 (點到點/穿梭巴士)		
負責職員簽署： ()	日期：	
職位：		

* 請刪去不適用者