

收表日期：_____

收表職員：_____

志蓮安老服務
(私院)

院友入住申請表

入住規則

申請者個人資料： (長者)

(請填妥整份表格)

姓名：	(中文全名)	(英文全名)
出生日期：	身份証號碼：	
性別：	年齡：	
能操方言：	籍貫：	
住址：	<p>請貼上申請人 近照一張 (可後補)</p>	
<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與_____同住 <input type="checkbox"/> 在醫院_____		
電話：		
入住原因：		

聯絡人：

姓名：_____ 身份証號碼：_____

與申請人關係：_____ 職業：_____

住址：_____

電話：_____

電郵：_____

近親

聯絡次序	姓名	年齡	關係	職業	電話
2					
3					
4					

介紹人(可選擇填寫與否)

姓名：_____ (先生/女士)

與申請人關係：_____

電話：_____

備註：_____

(請翻後頁並填寫資料)

申請入住類別 (請 ✓ 適合者:可選擇多項/寫上心水排序)

單人房	二人房	三人房	四/五人房
-----	-----	-----	-------

長者申請人-財政狀況(可選擇填寫與否)

生果金 長者生活津貼 普通/高額傷殘津貼 綜合援助金 家人支援

長者申請人-社會背景

教育程度:_____ 宗教:_____ 曾任職業/機構:_____

嗜好/專長:_____ 過往對社會作出之貢獻:_____

健康狀況(請 ✓ 適合者)

行動情況: 自行 拐杖/助行架 輪椅 長期卧床 其他:_____

進食情況: 自行 須別人餵食 須用胃喉進食

身體情況: 小便/大便失禁 造口護理:位置_____ 皮膚/傷口護理:位置_____

其他情況(特別註明/滋擾行為):_____

內、外科病(如高血壓/糖尿病等)

診斷年期

覆診機構

.....
.....
.....

精神病(如腦退化/抑鬱等)

診斷年期

覆診機構

.....
.....

其他情況(大型手術):_____

聲明事項:

(1) 本人聲明在表內所填報的資料屬實無訛，如有虛報，申請將被取消

(2) 本人願意向院方提交

體格檢驗結果及接受

申請人簽署: _____

(家人可代簽)

家訪，以便審核本人

日期: _____

入住貴院之申請。

遞交申請表方法:(如欲確定本院能否收到申請表，請自行致電查詢: 2354-1114/2354-1113)

1.寄回地址: 九龍鑽石山志蓮道五號志蓮私家護理安老院(五樓)

2.電郵:sw5@chilinedser.org / 3.傳真: 2326-7930

4.親自遞交(如需參觀，需盡早預約，公眾假期及下午4:30後不設參觀)