

院友體格檢驗報告書

Resident's Medical Examination Form

Part I 第一部份

Particulars of Resident 院友資料

Name Sex Age
姓名： _____ 性別： _____ 年齡： _____

HKID No. : Hospital / Clinic Ref. No.
香港身分證號碼： _____ 醫院/診所檔號： _____

Part II 第二部份

History of Major Illnesses 病歷記錄

- (1) Any history of major illnesses / operations ? Yes No
曾否患何種嚴重疾病/曾否接受何種大型手術？ 有 無
If yes , please specify the diagnosis 如有，請註明診斷：

- (2) (a) Any evidence of infectious or contagious disease ? Yes No
有否患傳染病？ 有 無
If yes , please specify 如有，請註明診斷：

- (b) Any further investigation or treatment required ? Yes No
是否需要接受跟進治療？ 有 無
If yes , please specify and also state hospital / clinic attended and reference number :
如需要，請註明並填寫提供覆診的醫院/診及病人檔號：

- (3) Past psychiatric history, if any, including the diagnosis, period and whether regular following treatment is required.
如過往有精神病記錄，請詳述病歷及是否需要定期覆診。

- (4) Detail of present medication, if any. 如目前須服用藥物，請詳述藥名及服用量。

Blood Pressure 血壓： _____ Pulse 脈搏： _____ Body Weight 體重： _____

General Condition: _____
整體情況 _____

Cardiovascular System : _____
循環系統 _____

Respiratory System : _____
呼吸系統 _____

Central Nervous System : _____
中樞神經系統 _____

Musculo-Skeletal : _____
肌肉骨骼系統 _____

Abdomen / Renal : _____
腹 / 腎 _____

Skin 皮膚 : _____

Foot 足部 : _____

Eye 眼睛 : _____

Ear 耳部 : _____

Others 其他 : _____

* Please specify name of disease & condition, if any : e.g. bed sore 如患皮膚病，請註明病名，如褥瘡等及狀況

Part IV 第四部份

Functional Assessment (Please tick where appropriate)
身體機能審定 (請在適當地地方填上 ✓ 號)

- Vision
視力
- Normal (* with / without corrective device) 在*有/沒有視力矯正器下，視力正常
 - Unable to read newspaper print 不能閱讀報紙字體
 - Unable to watch TV 不能觀看到電視
 - See lights only 只能見光影
 - Blind 完全失明
- Hearing
聽覺
- Normal (with / without corrective device) 在*有/沒有助聽器下，聽覺正常
 - Difficult to communicate with normal voice 在普通聲量下難以溝通
 - Difficult to communicate with loud voice 大聲說話的情況下也難以溝通
 - Cannot communicate with loud voice 即使在大聲說話的情況下也完全不能溝通
 - Deaf 完全失聰
- Mental State
精神狀況
- Normal / Alert 正常敏銳
 - Mildly disturbed 輕度受困擾
 - Moderately disturbed 中度受困擾
 - Seriously disturbed 嚴重受困擾
 - Mild Dementia 輕度痴呆
 - Moderate Dementia 中度痴呆
 - Severe Dementia 嚴重痴呆
- Mobility
活動能力
- Independent 行動自如
 - Self-ambulatory with walking aid or wheelchair 可自行用助行器或輪椅移動
 - Always need personal escort 經常須別人摻扶
 - Bedridden 長期臥床
- Continenence
禁制能力
- Normal 正常
 - Occasional urine or faecal soiling 大/小便偶爾失禁
 - Frequent urine or faecal soiling 大/小便經常失禁
 - Uncontrolled incontinence 大/小便完全失卻禁制能力
- Speech
語言能力
- Able to express 能正常表達
 - Need time to express 須慢慢表達
 - Need clues to communicate 須用其他方式表達
- A.D.L.
日常生活活動
- Independent 不需幫助
No supervision or assistance needed in all daily activities, including bathing, dressing, toileting, transfer, continence and feeding
在洗澡、穿衣、如廁、移動、大小便禁制及進食方面均無需指導幫助
 - Occasional assistance 偶而需要幫助
Need assistance in bathing and supervision in other activities
在洗澡時需協助及在其他生活活動上需指導
 - Frequent assistance 經常需要幫助
Need supervision or assistance in bathing and not more than 4 in other activities
在洗澡及其他不超過四項日常活動需指導或協助
 - Totally Dependent 完全需要幫助

Part V 第五部份

Comments 批註

1. Self-care Hostel 低度照顧安老院
In general, resident is capable of high degree of self-care
一般來說，院友有高度自我照顧起居生活的能力
2. Home for the Aged 中度照顧安老院
In general, resident can observe personal hygiene but need help and guidance for performing household duties
一般來說，院友有能力保持個人衛生，但在處理家居工作方面需要幫助及指導
3. Care-and-Attention Home 高度照顧安老院
In general, resident is generally weak in health, or suffering from functional disability, and requires constant help in meal, dressing-up and toilet, etc, but not requires constant and intensive professional nursing care
一般來說，院友的健康情況衰弱，或有機能上的障礙，以致在飲食、穿衣、個人衛生方面經常需要幫助，但無需經常性的護理照顧。
4. Others 其他： _____

Part VI 第六部份

Laboratory Test 化驗檢查 (此部分適用於私院/及津院機構位)

- Laboratory Test Required :
RFT, LFT, CBP, Hepatitis, VDRL, Chest X-Ray, Urine for Albumin & Glucose, Stool for Ova & Cyst.

Please comments on the above laboratory findings :

1. CXR _____
2. RFT _____
3. LFT _____
4. CBP _____
5. Glucose _____
6. Hepatitis _____
7. VDRL _____
8. Urine _____
9. Stool _____

General Comments : _____

Recommendation : _____

Signature
簽署 : _____

Date
日期 : _____

Doctor's Name
醫生姓名 : _____

Hospital / Clinic
醫院 / 診所 _____

Doctor's Chop
醫生印鑑 : _____

附錄六 (參閱守則第5.2.4 及12.3段)