



香港復康會
The Hong Kong Society
for Rehabilitation
鄭德炎日間復康護理中心
Cheng Tak Yim Day Rehabilitation & Care Centre

九龍藍田復康徑 7號藍田綜合中心地下 7室
電話：2534 3535 傳真：2872 4722
電郵：cty@rehab society.org.hk

申請表格

甲部 申請人資料

姓名(中文)	
(英文)	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日
身份證號碼	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 獨身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明：_____)
所操方言	<input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 其他：_____
教育程度	<input type="checkbox"/> 從未受教育 <input type="checkbox"/> 識字
	<input type="checkbox"/> 私塾
	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大學或以上

中心會員編號 (由職員填寫)：_____

住 址	
電 話 及 whatsapp	(住宅) (手提)
電 郵	
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 綜援金
	<input type="checkbox"/> 傷殘津貼或其他政府津貼
	<input type="checkbox"/> 家屬供養 <input type="checkbox"/> 其他 _____

乙部 家屬緊急聯絡資料

主要聯絡人 姓 名	
關 係	
住 址	
電 話	(住宅)
	(手提)
	<input type="checkbox"/> 此電話可用 whatsapp 聯絡
電 郵	

第二聯絡人 姓 名	
關 係	
住 址	
電 話	(住宅)
	(手提)
電 郵	

#用於如有緊急情況要通知而又未能以電話接觸到家屬

丙部 服務需要概況

申請服務類別	<input type="checkbox"/> 日間復康 (全日 / 半日) <input type="checkbox"/> 門診服務 (物理 / 職業 / 言語治療) <input type="checkbox"/> PHV 非長者中風人士復康計劃 (65歲以下，需經濟審批) <input type="checkbox"/> VR 種豐復職計劃 <input type="checkbox"/> 其他：_____
護理需要	<input type="checkbox"/> 服藥 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 失禁護理 <input type="checkbox"/> 其他:_____

丁部 其他

身體檢查須知

為使職員能為服務使用者提供全面而合適的服務，煩請家屬或申請人帶同本中心的「身體檢查報告書」前往註冊西醫安排檢查。中心職員收到閣下之申請表格及身體檢查報告書後(可親身遞交 / 郵寄 / 電郵)，會於七個工作天內與申請人聯絡。

多謝合作！

知悉中心服務途徑 (可選多過1項)

- 親友介紹 醫護人員介紹 (醫院/診所：_____)
- 香港復康會同事介紹
- 中心網頁 中心FACEBOOK GOOGLE / YAHOO 搜尋
- 宣傳*單張/ 橫額 /海報，請註明地點：_____
- 其他：請註明：_____

申請人提供的資料，只作申請服務之用。根據個人資料 (私隱) 條例，資料當事人可查閱及修改個人資料。如需更改任何個人資料，請與本中心職員聯絡。

*申請人/家屬 簽署：_____

姓 名：_____

日 期：_____