

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：	身份證號碼：	
性別：	年齡：	
能操方言：	籍貫：	
住址：	請貼上申請人 近照一張 (可後補)	
<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：_____ 身份證號碼：_____

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)

<input type="checkbox"/> 單人房	<input type="checkbox"/> 二人房	<input type="checkbox"/> 三人房	<input type="checkbox"/> 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家訪，以便審核本人入住貴院之申請；
- (3)此申請表有效日期為一年(該年之四月一至翌年三月三十一日)，無效之申請表將會撕毀，恕不另行通知。如有需要，請重新申請入表。

申請人簽署: _____ (家人可代簽)

日期: _____

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: 2354-1114/2354-1112)

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@chilineltdser.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)