

## 家居照顧及支援服務 個案轉介表格

### (一) 轉介機構資料

機構名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

轉介者姓名(正楷)：\_\_\_\_\_ 轉介者職位：\_\_\_\_\_

### (二) 申請者資料

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男/女 出生日期：\_\_\_\_\_

身份證號碼：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

社工局受益者認別咭編號：\_\_\_\_\_

衛生局金咭編號：\_\_\_\_\_

家屬/聯絡人：\_\_\_\_\_ 性別：男/女 與申請者關係：\_\_\_\_\_

家屬/聯絡人電話：\_\_\_\_\_

家屬/聯絡人地址：\_\_\_\_\_

### (三) 申請者現存問題

---

---

---

---

因應申請者問題，轉介機構曾提供的服務及概況：

---

---

---

---

(四) 申請者或轉介者要求申請之服務項目：(請在□內填上✓號)

- 送膳(午膳 晚膳)                      洗衣                      家居清潔
- 陪伴辦事                                      護送                      陪診
- 代購物/代辦事                              保健運動
- 個人照顧 (沖涼/抹身 洗頭 剪髮 剪甲 剃鬚 餵食)
- 護理(量血壓 驗血糖 傷口護理 藥物處理 特別護理)
- 個案輔導                                      康復治療                                      護老者支援服務
- 其他(請說明)：\_\_\_\_\_

(五) 遞交文件：

- 澳門居民身份證副本乙份                       相片一張
- 醫療咭副本乙份                                       其他：\_\_\_\_\_

(六) 申請者聲明

本人同意將個人資料送交給相關之家居照顧及支援服務機構、政府部門，以協助本人申請有關服務，並接受家居照顧及支援服務機構之社工、護士、物理治療師或職業治療師安排之探訪或家訪評估。

申請者簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

(七) 轉介機構轉介服務的原因及期望

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

轉介者簽署：\_\_\_\_\_ 單位主管姓名(正楷)：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日                      職位：\_\_\_\_\_

單位主管簽署：\_\_\_\_\_

轉介日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

注意： 在遞交本服務申請轉介表前，轉介機構需要根據第8/2005號法律《個人資料保護法》的規定，將移轉資料一事告知資料當事人。