

肢體傷殘人士輔導服務
轉介／自行申請表格

I. 申請人(肢體傷殘人士)資料

姓名：(中)		(英)	
性別：		出生日期：	
電話：(家)		(辦)	(手提)
地址：			
殘疾原因 (如疾病類型、意外等)：			
肢體傷殘狀況 (若適用)： <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 半身 <input type="checkbox"/> 四肢傷殘 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)： _____			
<input type="checkbox"/> 後天傷殘：開始傷殘 / 受傷年份： _____ *接受治療後之出院年份： _____ <input type="checkbox"/> 自出生			
使用的復康用具 (若適用)： <input type="checkbox"/> 手動輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 手叉 <input type="checkbox"/> 拐杖			
<input type="checkbox"/> 其他(請註明)： _____			
現正接受的服務 (若適用)：			
<input type="checkbox"/> 住院照顧 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 家居康復訓練服務 <input type="checkbox"/> 家居暫顧服務			
<input type="checkbox"/> 殘疾人士日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 輔導服務 (請註明由哪間機構提供)： _____			
<input type="checkbox"/> 其他(請註明)： _____			

II. 照顧者資料

姓名：(中)		(英)	
性別：		出生日期：	
電話：(家)		(辦)	(手提)
地址：			
與申請人關係：			

III. 服務轉介

<input type="checkbox"/>	「生命樹」計劃	(為離開醫院不足一年、現正處於情緒危機的新肢體傷殘人士提供輔導服務)
<input type="checkbox"/>	傷健中心輔導服務	(為一般傷殘人士提供輔導服務)

IV. 申請 / 轉介原因 (包括傷殘人士面對的困難)

V. 轉介來源： 醫院 機構 自行申請

轉介機構 / 醫院：	轉介者姓名：	轉介者職位：
電話：	傳真：	電郵：

收表職員姓名 / 簽署： _____ 收表日期： _____

