



# Alice Ho Miu Ling Nethersole Social Service Limited

## Nethersole Outreaching Rehabilitation Mission

雅麗氏何妙齡那打素社福有限公司

那打素外展復康事工

### Home Based Rehabilitation Service Referral Form

### 家居復康服務轉介書

由 From: Dr/Mr./Ms. \_\_\_\_\_

姓名 Name

致 To: 家居復康服務

Home-Based Rehabilitation Service

部門 Dept. 職銜 Title 簽署 Signature

**傳真 Fax: 2689-3505**

機構 Institute: \_\_\_\_\_ 日期 Date: \_\_\_\_\_

請致電確認收妥傳真 Please call for fax confirmation

電話 Tel: \_\_\_\_\_ 傳真 Fax: \_\_\_\_\_

**2689-2419**

- (1) 本服務會於 10 個工作天內安排首次探訪 (如屬急症請註明情況: \_\_\_\_\_)
- (2) 每次探訪需收費 (領取綜援者會獲減費)。
- (3) 綜援編號(如適用者): \_\_\_\_\_ 及 有效日期: 由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

被轉介人仕資料 Client's Information	親屬資料 Next of Kin Information
中英文姓名 Name: _____	姓名 Name: _____
性別/年齡 Sex/Age: _____	與被轉介人之關係 Relationship: _____
身份證號碼 HKID No.: _____	電話號碼 Telephone No.: _____
電話號碼 Telephone No.: _____	
地址 Address: _____	

**醫療資料 Medical Information (如有病人出院或覆診等醫療資料，請隨轉介書附上)。**

診斷 Diagnosis: \_\_\_\_\_

病歷 Medical History: \_\_\_\_\_

覆診項目 Current medical follow up: \_\_\_\_\_

注意事項 Precautions: \_\_\_\_\_

### 所需服務 Service Request:

(a) **物理治療 PT**

- 運動治療  
Exercise Therapy
- 活動及步行鍛練  
Mobility and walking Training
- 胸肺科物理治療  
Chest Physiotherapy
- 止痛治療  
Pain relief
- 其他 Others: \_\_\_\_\_

(b) **職業治療 OT**

- 輔助器具提供/訓練  
Aids Prescription / Training
- 家居評估及改建  
Home Assessment / Modification
- 日常生活操作訓練  
ADL Training
- 認知能力訓練  
Cognitive Training
- 其他 Others: \_\_\_\_\_

(c) **其他 Others**

- 訓練照顧者 Training of carers  
(請註明 please specify: \_\_\_\_\_)
- 其他 Others: \_\_\_\_\_