

香港防癆心臟及胸病協會  
Hong Kong Tuberculosis, Chest & Heart Diseases Association  
傅麗儀護理安老院  
Freni Care & Attention Home  
自負盈虧部  
Self-financing Section  
入住申請表  
Application for Admission

由院方填寫 (For Official Use Only)

收到表格日期: \_\_\_\_\_

檔案編號: RE/N/ \_\_\_\_\_

**第一部份：背景資料**

**PART I BACKGROUND INFORMATION**

**1. 申請人 APPLICANT**

姓名 Name: (中文 Chinese) \_\_\_\_\_ (英文 English) \_\_\_\_\_  
 出生日期 Date of Birth : \_\_\_\_\_ 性別 Sex : \_\_\_\_\_  
 身份證號碼 HKID No. : \_\_\_\_\_ 護照號碼(如適用)  
 Passport No. (If applicable) : \_\_\_\_\_  
 豁免登記證明書號碼(如適用) 豁免登記證明書檔案編號(如適用)  
 Certificate of Exemption No. Certificate of Exemption File  
 (If applicable) : \_\_\_\_\_ (If applicable) : \_\_\_\_\_  
 地址 Address : \_\_\_\_\_ 電話 Tel. No.: \_\_\_\_\_

通訊地址及電話(如與上不同): \_\_\_\_\_  
 Correspondence Address & Tel. No. (if different)

籍貫 Native Place: \_\_\_\_\_ 宗教信仰 Religion: \_\_\_\_\_  
 婚姻狀況 Marital Status: \_\_\_\_\_ 在港子女人數 No. of Children: \_\_\_\_\_  
 所操方言 Dialect Used: \_\_\_\_\_ 來港年份 Year arrived in H.K.: \_\_\_\_\_  
 教育程度 Education: \_\_\_\_\_ 曾任職業 Occupation: \_\_\_\_\_

**2. 保證人 GUARANTOR**

姓名 Name: (中文 Chinese) \_\_\_\_\_ (英文 English) \_\_\_\_\_  
 性別 Sex: \_\_\_\_\_ 年齡 Age: \_\_\_\_\_  
 身份證號碼 HKID No.: \_\_\_\_\_ 與申請人關係 Relationship with Applicant: \_\_\_\_\_  
 地址 Address: \_\_\_\_\_  
 電話 Tel. No. : (住宅 Home) \_\_\_\_\_ (公司 Office) \_\_\_\_\_ (手提 Mobile) \_\_\_\_\_  
 電郵 Email: \_\_\_\_\_ 職業 Occupation: \_\_\_\_\_

**3. 其他家庭成員或親屬 OTHER FAMILY MEMBERS OR CLOSE RELATIVES**

姓名 Name	性別 Sex	年齡 Age	職業 Occupation	與申請人關係 Relationship with applicant	不與申請人同住請註明地址、電話 If not living with applicant, give address & tel. No.

#### 4. 經濟狀況 **FINANCIAL STATUS & INCOME** (請 ✓ 適合之項目 Please ✓ appropriate items)

- 4.1 領取傷殘津貼 (普通) On Disability Allowance (Normal) ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 領取傷殘津貼 (高額) On Disability Allowance (Higher) ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 領取高齡津貼 On Old Age Allowance ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 領取長者生活津貼 On Old Age Living Allowance ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 領取退休金 On Pension ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 家人供養(配偶/子女) Family Contribution (spouse/children) ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 親屬供養 Contribution from relatives ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 儲蓄 On Savings ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 其他 Others (請註明 Please specify): \_\_\_\_\_ ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_

#### 4.2 如已領取傷殘津貼 / 高齡津貼 / 長者生活津貼

If in receipt of Disability Allowance / Old Age Allowance / Old Age Living Allowance

社會保障部辦事處 Social Security Field Unit: \_\_\_\_\_

電話 Tel. No.: \_\_\_\_\_ 檔案編號 Case Ref. No.: \_\_\_\_\_

#### 4.3 如果申請人被接納入住, 費用將由何人支付 If the applicant is admitted, fee will be paid by

- 家人/親屬 Family / Relatives ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 申請人 Applicant ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_
- 其他 Others (請註明 Please specify): \_\_\_\_\_ ☐ 金額 Amount \_\_\_\_\_

#### 5. 居住狀況 **LIVING ARRANGEMENT** (請 ✓ 適合之項目 Please ✓ appropriate items)

- 5.1. ☐ 獨居 Living alone
- ☐ 與家人同住 Residing with family
- ☐ 與非直系親屬或朋友同住 Residing with non immediate-relative or friend
- 5.2. ☐ 私人樓宇 In private tenements
- ☐ 公共屋村 In public housing
- ☐ 安老院 In Elderly Home (請註明院舍名稱 Name of home) \_\_\_\_\_
- ☐ 其他 Others (請註明 Please specify) : \_\_\_\_\_
- 5.3. 月租/費用 Monthly rental/charges : HK\$ \_\_\_\_\_

### 第二部份：申請人身體機能狀況

#### **PART II PHYSICAL AND MENTAL CONDITION**

##### 1. 明顯的身體殘疾 (例: 痙攣、肢體殘缺等)

Any obvious disability and disfigurement (e.g. amputation, spastic)

---



---

##### 2. 病歷 (請註明斷症年期及覆診資料)

Medical History (please specify years of illness and medical follow up details)

---



---



---



---

3. 視力: ☐ 配戴眼鏡 Wearing glasses  
Vision ☐ 無配戴眼鏡 Not wearing glasses
4. 視覺: ☐ 足以照料自己 Adequate for self care  
Sight ☐ 不足以照料自己 Inadequate for self care  
☐ 失明 Certified blind
5. 聽覺: ☐ 正常 Adequate  
Hearing ☐ 輕微失聰 Inadequate  
☐ 失聰 Deaf
6. 言語: ☐ 正常 Adequate  
Speech ☐ 言語溝通障礙 Speech Defect (註明 Please specify): \_\_\_\_\_  
☐ 不能透過言語溝通 No Speech
7. 牙齒情況: ☐ 良好 Adequate  
Dental Condition ☐ 欠佳 Poor  
☐ 假牙 Wearing denture
8. 失禁情況: ☐ 小便失禁 Urine  
Incontinence ☐ 大便失禁 Faeces  
☐ 尿喉引流 Foley Catheter  
☐ 大腸造口 Colostomy
9. 精神狀況: ☐ 正常 Normal  
Mental State ☐ 痴呆 Senile dementia  
☐ 滋擾行為 Disturbing behaviour (註明 Please elaborate): \_\_\_\_\_
10. 行動情況: ☐ 能獨立行走 Walk independently  
Mobility ☐ 以手杖能行走自如 Walk satisfactorily with aids  
☐ 持手杖也不能行走自如 Walk poorly even with aids  
☐ 時常跌倒 Frequently falls(助行器種類 Type of aid:) \_\_\_\_\_  
☐ 坐輪椅 Chairbound  
☐ \*臥床/ 癱瘓 \*Bedbound/ paralysed
11. 進食情況: ☐ 自行進食 Self-feeding  
Feeding ☐ 須別人協助 Feed with assistance  
☐ 完全由別人餵食 Totally dependent  
☐ 須以鼻喉 / 胃喉進食 Ryle's tube / PEG tube feeding
12. 膳食: ☐ 普通餐 Usual Diet \* 正常飯餸 Normal / 碎餐 Minced / 糊餐 Pureed  
Diet ☐ 特別食療 Special Diet \* 糖尿餐 Diabetes / 痛風餐 Gout / 低鹽餐 Renal Diet  
茹素 Vegetarian 或其他 or \_\_\_\_\_  
☐ 戒口 food abstained (註明 please specify): \_\_\_\_\_

\* 刪去不適用者 Delete where inappropriate

### 第三部份： 日常活動能力

#### PART III ACTIVITIES OF DAILY LIVING

	自行處理 Fully Capable	不能自行處理 Partially Dependent	完全由別人處理 Totally Dependent
1. 購物 Marketing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 料理家務 House-cleaning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 整理房間 Tidying up the room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 簡單洗濯衣物 Simple laundry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 洗澡 Bathing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 穿衣 Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 洗臉/ 洗手 Washing face/hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 如廁 Toileting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第四部份：申請入住原因

**PART IV REASONS FOR APPLICATION**


---



---



---



---

## 第五部份：宿位選擇

**PART V CHOICE OF PLACEMENT**

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 1. 宿位類別：<br>Type of Placement   | <input type="checkbox"/> 長期住宿                                | Permanent Placement                |
|   | <input type="checkbox"/> 一個月短暫住宿                             | One-month Respite Placement        |
|   | <input type="checkbox"/> 二個月短暫住宿                             | Two-month Respite Placement        |
| 2. 房間類別：<br>請以 1-4 列出選擇(1 為第一選擇)<br>Type of Room<br>Please indicate your choice by filling 1-4<br>(1 as the first priority) | <input type="checkbox"/> 六人房                                 | 6-Bed Room                         |
|   | <input type="checkbox"/> 雙人房                                 | Twin-Bed Room                      |
|   | <input type="checkbox"/> 雙人房 (包房)                            | Twin-Bed Room (Private)            |
|   | <input type="checkbox"/> 單人房                                 | Single Room                        |
| 3. 預計入住時間(申請獲批後)：<br>Tentative admission time upon approval   | <input type="checkbox"/> 即時入住                                | Immediate Admission                |
|   | <input type="checkbox"/> 1-3 星期內入住                           | To be admitted within 1 to 3 weeks |
|   | <input type="checkbox"/> 一個月後入住                              | To be admitted after 1 month       |
|   | <input type="checkbox"/> 其他 Other(請註明 Please specify): _____ |                                    |

## 第六部份：申請人同意書

**PART VI APPLICANT'S CONSENT**

本人同意將上述資料及體格檢驗結果提供給香港防癆心臟及胸病協會傳麗儀護理安老院作審核本人入住申請之用。

I hereby agree to provide the above information and my medical examination report to Hong Kong Tuberculosis, Chest & Heart Diseases Association Freni Care & Attention Home for assessment of my application for admission.

相片  
Photo

申請人簽署 Applicant's Signature: \_\_\_\_\_

保證人簽署 Guarantor's Signature: \_\_\_\_\_

日期 Date: \_\_\_\_\_

請將填妥之申請表連同申請人之香港身份證明文件副本、體格檢驗報告郵寄/傳真至傳麗儀護理安老院。

Please return the duly filled application form, a copy of applicant's HKID document(s)  
and medical examination form by mail or by fax to Freni Care and Attention Home.

地址:香港灣仔肇輝台一號 H  
Address: 1H, Shiu Fai Terrace, Wanchai, Hong Kong

電話 Phone : 2239 2388  
傳真 Fax. : 2591 9223