



到戶藥物檢視服務

申請表格

個案編號：_____ (聖雅各福群會填寫)

***所有資料請以正楷填寫**

第一部分：個案/申請人的個案資料

個案資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：男 / 女

出生日期：_____ 子女數目：_____

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 同居

居住狀況：獨居 與配偶 與子女 其他親友/朋友 (請註明：_____)

住址：_____

住所電話號碼：_____ 手提電話號碼：_____

申請人的個人資料 (若申請人並非個案本人，請填寫此欄)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：男 / 女

住所電話號碼：_____ 手提電話號碼：_____

申請人與個案的關係：_____

申請人是否個案之照顧者? 是 否

申請人是否與個案同住? 是 否

第二部分：個案之身體狀況

所患之疾病：心臟病 糖尿病 膽固醇 高/低血壓 氣管疾病

關節炎 骨質疏鬆症 肝病 癌症 其他(請註明：_____)

殘障情況：失明/部分失明(程度：_____)失聰/部分失聰(程度：_____)

精神病(種類：)_____ 肢體傷殘 (殘障身體部份：_____)

其他(請註明：_____)

溝通能力：理想 足夠 不足 (請註明：_____)

慣用方言：廣東話 國語 英文 其他 (請註明：_____)

第三部分：現正服用之藥物(處方或非處方)

藥物名稱

請詳述個案服用藥物後的問題及反應：

備註：

個案是否願意接受採訪及報導? 是 否

第四部分：轉介機構資料

轉介醫務人員/社工/主管中文姓名：_____

機構名稱與職位：_____

電話：_____ 傳真號碼：_____ 申請日期：_____

藥劑師/配藥員到戶服務時：

- 個案必須出示現正服用的藥物
- 照顧個案的有關人士，請亦在場聆聽藥劑師的講解，可增強對個案用藥的照顧。

聖雅各福群會之聯絡方法：

地 址：香港灣仔石水渠街 85 號 聖雅各福群會 1 樓 105 室

電話：2831 3289

傳 真：2834 7300