



聖雅各福群會

## 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：2389 9456

傳 真：2834 7300



本計劃由香港公益金資助

This project is supported by The Community Chest