



聖雅各福群會
持續照顧服務
《到戶理髮服務》
個案資料

個案編號：_____ (聖雅各福群會專用)

姓名：_____ 先生/女士 年齡：_____
地址：_____ 電話：_____

家庭狀況

婚姻狀況： 未婚 已婚 離婚 分居 喪偶 同居

主要照顧者：_____ 關係：_____

收入來源： 綜援金 高齡津貼 傷殘津貼 由家人支持
 依賴積蓄 其他〔請註明：_____〕

居住情況

居住狀況： 獨居 與配偶同住 與子女同住
 與其他親友共住
 與朋友/其他人共住，例如同屋

住所性質： 公共樓宇 私人樓宇 僱員宿舍
 其他住所〔請註明：_____〕

住所類別： 床位 村舍/石屋/木屋 房間 單位
 其他〔請註明：_____〕

物業性質： 租賃 自置物業

身體狀況

健康狀況： 氣管疾病 心臟病 血壓高/低 關節炎 糖尿病
 眼疾 癌病 其他〔請註明：_____〕

弱能情況： 失明/部分失明〔程度：_____〕
 失聰/部分失聰〔程度：_____〕
 肢體傷殘 心智衰退 沒有
 曾否中風致活動/行動不便(請詳述：_____)
 其他〔請註明：_____〕

個案姓名：_____

溝通能力： 理想 足夠 不足

慣用方言： 廣東話 國語 上海話 潮州話 福建話 客家話
台山話 其他〔請註明：_____〕

個案是否有傳染病及皮膚病： 是 否

現患有之傳染及皮膚病歷史：_____

種類及詳細名稱：_____

轉介服務之原因：

特別注意事項：

#是否願意接受探訪及報導：是 否

轉介社工姓名：_____ 機構名稱：_____

電話：_____ 申請日期：_____

轉介機構的配合：

★ 服務時 *會 / 否 將派工作人員協助，如有：義工____位 / 員工 ____位

★ 協助個案接受服務 前 / 後 之清潔

★ 轉介機構證實以上資料無誤

★ 轉介機構必須作出配合

地址：香港灣仔石水渠街 85 號一字樓 105 室

傳 真：2834-7300

電 話：3974 - 4608

表格更新日期：10/2016