

社區健康講座及工作坊 服務申請表

1. 一般資料

機構名稱：_____

地 址：_____

聯絡電話：_____ 聯絡人：_____ 職位：_____

傳真號碼：_____ 電郵地址：_____

2. 服務資料（請於適當的空格以☑表示）

項 目	內 容
☐外展社區健康講座 (1-1.5小時)	<input type="checkbox"/> 知藥用藥及用藥迷思 <input type="checkbox"/> 痛風症 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 眼乾和乾眼症 <input type="checkbox"/> 高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 黃斑點病變 <input type="checkbox"/> 退化性膝關節炎 <input type="checkbox"/> 前列腺健康 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染及疫苗接種 <input type="checkbox"/> 心房顫動與中風 <input type="checkbox"/> 生蛇與帶狀疱疹疫苗 <input type="checkbox"/> 長者常見皮膚問題 <input type="checkbox"/> 前列腺癌藥物治療及副作用 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 癌症標靶藥副作用處理方法 <input type="checkbox"/> 鼻敏感／濕疹／哮喘 <input type="checkbox"/> 癌症止痛藥物 <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 <input type="checkbox"/> 其他：請註明_____
☐心房顫動篩查服務 (於社區藥房內進行)	藥劑師會為利用手提心電圖檢測儀器進行初步的心律檢測並向參加者解釋檢測結果，需要時作出轉介安排，以便患者儘早治療，減低中風風險。活動於藥健同心聖雅各福群會社區藥房內進行，名額不多於15人。
預計參與人數：	
服務對象：	



首選申請日期及時間	次選申請日期及時間
日期：_____年____月____日 星期_____	日期：_____年____月____日 星期_____
時間：_____	時間：_____

請將填妥的表格傳真或電郵至藥健同心聖雅各福群會社區藥房，職員收到轉介表格後會盡快回覆，以茲確實。如有查詢，歡迎致電與職員聯絡。

3. 聯絡方法

地址：香港北角英皇道 383 號 9 樓全層 (北角港鐵站 B1 出口)

電話：2116 8836 傳真：2116 8530 WhatsApp：5981 6947

網址：https://charityservices.sjs.org.hk/sjs_pharmplus

電郵：pharmacyservices@sjs.org.hk

聖雅各福群會填寫

收表日期：_____

跟進日期：_____

已跟進完成:Y/N