

藥物管理服務轉介表格

1. 個案資料

中文姓名：_____先生/女士 英文姓名：_____

電話：_____出生日期：_____年齡：_____

地址：_____身份證號碼：_____ ()

居住狀況： 獨居 與配偶 與子女 與其他照顧者 (請註明：_____)

慣用語言： 廣東話 普通話 英文 其他(請註明：_____)

照顧者姓名(如適用)：_____與個案關係：_____聯絡電話：_____

醫健通(eHRSS)登記狀況：

已登記使用醫健通

從未登記使用醫健通 (請鼓勵並協助患者登記使用醫健通，這有助於藥物管理服務)

2. 個案狀況

所患之疾病： 心臟病 糖尿病 認知障礙 高/低血壓 氣管疾病 骨質疏鬆
 關節炎 膽固醇 癌症(請註明_____) 其他(請註明_____)

轉介原因可選擇多項：

多重用藥(服用 5 種或以上藥物)

正服用高風險藥物，例如抗血小板藥、薄血藥、降血糖藥、精神科藥物和免疫力抑制劑

藥物療程於最近有更改 (例如最近住院期間有更改、獲處方新藥物)

藥物依從性差

用藥困難：_____

其他原因：_____

請詳述轉介藥物管理服務的原因及希望達成的目標：_____

3. 轉介者資料

姓名：_____ 聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____

職位：_____ 機構名稱：_____

電郵：_____

簽署：_____ 申請日期：_____

4. 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

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與轉介者聯絡。如有查詢，歡迎致電與職員聯絡。

聖雅各福群會填寫

個案編號：_____

收表日期：_____

處理日期：_____