

香港房屋協會-雋康頤庭 ( 護理安老院 )  
**Hong Kong Housing Society-The Tanner Hill Joyous Home**

**Medical Examination Form**

體格檢驗報告表

**Part I Particulars of Applicant**

第一部分 申請人資料

Name Sex Age  
姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

HKID No. Hospital/Clinic Ref. No.  
香港身分證號碼：\_\_\_\_\_ 醫院/診所檔號：\_\_\_\_\_

**Part II History of Major Illnesses**

第二部分 病歷紀錄

- (1) Any history of major illnesses/operations? Yes  No   
曾否患何種嚴重疾病 / 曾否接受何種大型手術？ 有 無

If yes, please specify the diagnosis

如有，請註明診斷： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (2) Any allergy to food or drugs? Yes  No   
有否食物或藥物過敏？ 有 無

If yes, please specify

如有，請註明： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (3)(a) Any evidence of infectious or contagious disease? Yes  No   
有否患有傳染病？ 有 無

If yes, please specify

如有，請註明： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (b) Any further investigation or treatment required? Yes  No   
是否需要接受跟進治療？ 是 否

If yes, please specify and also state hospital/clinic attended and reference number:

如需要，請註明並填寫提供覆診的醫院/診所和病人檔號：

---

(4) Any swallowing difficulties/easy choking?

Yes  No

有否吞嚥困難/容易哽塞?

是 否

If yes, please specify

如有，請註明：

---

(5) Any need of special diet? Yes  No   
有否特別膳食需要? 是 否  
If yes, please specify  
如有，請註明： \_\_\_\_\_

(6) Past psychiatric history, if any, including the diagnosis, period and whether regular following treatment is required.  
如過往有精神病紀錄，請詳述病歷及是否需要定期覆診。

\_\_\_\_\_

(7) Detail of present medication, if any.  
如目前須服用藥物，請詳述藥名及服用量。

\_\_\_\_\_

**Part III Physical Examination**

**第三部分 身體檢查**

Blood pressure 血壓 : \_\_\_\_\_ Pulse 心跳 : \_\_\_\_\_ Body Weight 體重 : \_\_\_\_\_

Cardiovascular System :

循環系統

Respiratory System :

呼吸系統

Report of Chest X-ray(Valid for 6 months) :

肺部X光片報告(有效期為6個月)

Date of Report 報告日期 :

Central Nervous System :

中樞神經系統

Musculo-skeletal :

肌骨

Abdomen/Urogenital :

腹/泌尿及生殖系統

Lymphatic System :

淋巴系統

Thyroid :

甲狀腺

Skin 皮膚 :

(please specify name of disease if any, and if there is condition like bedsore etc.)

(如患皮膚病，請註明病名，並請註明有否如褥瘡等狀況)

Foot 足部 :

Eye 眼部 :

(please specify name of disease if any e.g. cataract) (如患眼疾，請註明病名，如白內障等)

Ears 耳部：

Oral/ Dental

Condition  腔

/牙齒狀況：

Others 其他：

**Part IV Functional Assessment (Please tick where appropriate)**

第四部分 身體機能的審定(請在適當地方填上✓號)

<b>Vision</b> 視力	(*with/without corrective devices ) (在*有/沒有視 力矯正器下)	<input type="checkbox"/> normal 正常	<input type="checkbox"/> unable to read newspaper print 不能閱讀報紙 字體	<input type="checkbox"/> unable to watch TV 不能觀看到 電視	<input type="checkbox"/> see lights only 只能見光影
<b>Hearing</b> 聽覺	(*with/without hearing aid) (在*有/沒有助 聽器下)	<input type="checkbox"/> normal 正常	<input type="checkbox"/> difficult to communicate with normal voice 在普通聲量下 難以溝通	<input type="checkbox"/> difficult to communicate with loud voice 大聲說話的 情況下也難 以溝通	<input type="checkbox"/> cannot communicate with loud voice 即使在大聲 說話的情況 下也完全不 能溝通
<b>Mental state</b> 精神狀況	<input type="checkbox"/> normal/alert 正常敏銳	<input type="checkbox"/> mildly disturbed 輕度受困擾	<input type="checkbox"/> moderately disturbed 中度受困擾	<input type="checkbox"/> seriously Disturbed 嚴重受困擾	
	<input type="checkbox"/> mild dementia 輕度痴呆	<input type="checkbox"/> moderate dementia 中度痴呆	<input type="checkbox"/> severe dementia 嚴重痴呆		
<b>Mobility</b> 活動能力	<input type="checkbox"/> independent 行動自如	<input type="checkbox"/> self-ambulatory with walking aid or wheelchair 可自行用助行 器或輪椅移動	<input type="checkbox"/> always need personal escort 經常須別人 摻扶	<input type="checkbox"/> bedridden 長期臥床	
<b>Contenance</b> 禁制能力	<input type="checkbox"/> normal 正常	<input type="checkbox"/> occasional urine or faecal soiling	<input type="checkbox"/> frequent urine or faecal soiling	<input type="checkbox"/> uncontrolled incontinence	

大/小便偶爾失  
禁

大/小便經常  
失禁

完全失卻禁  
制能力

**Speech**  
語言能力

- able to express  
能正常表達
- need time to  
express  
須慢慢表達
- need clues to communicate  
須用其他方式表達

**A.D.L.**  
日常生活  
活動

- independent  
不需幫助  
*(No supervision or assistance needed in all daily activities, including bathing, dressing, toileting, transfer, continence and feeding)*  
(在洗澡、穿衣、如廁、移動、大小便禁制及進食方面均無需指導幫助)
- occasional  
assistance  
偶而需要幫助  
*(Need assistance in bathing and supervision in other activities)*  
(在洗澡時需協助及在其他活動上需指導)
- frequent assistance  
經常需要幫助  
*(Need supervision or assistance in bathing and in not more than 4 other activities)*  
(在洗澡及其他不超過四項日常活動需要指導或協助)
- totally dependent  
完全需要幫助

**Part V**  
第五部分

**Comments**  
批註

- 1. Self-care Hostel 低度照顧安老院  
*(In general, resident is capable of high degree of self-care)*  
(一般來說，住客有高度自我照顧起居生活的能力)
- 2. Home for the Aged 中度照顧安老院  
*(In general, resident can observe personal hygiene but need help and guidance for performing household duties)*  
(一般來說，住客有能力保持個人衛生，但在處理家居工作方面需要幫助及指導)
- 3. Care-and-Attention Home 高度照顧安老院  
*(In general, resident is generally weak in health, or suffering from functional disability, and requires constant help in meal, dressing-up and toilet, etc, but does not require constant and intensive professional nursing care)*

(一般來說，住客的健康情況衰弱，或有機能上的障礙，以致在飲食、穿衣、個人衛生方面經常需要幫助，但無需經常性的護理照顧)

□ 4. Other 其他 : \_\_\_\_\_

Signature  
簽署 : \_\_\_\_\_ Date  
日期 : \_\_\_\_\_

Doctor's Name  
醫生姓名 : \_\_\_\_\_ Hospital/Clinic  
醫院/診所 : \_\_\_\_\_

Doctor's Chop  
醫生印鑑 : \_\_\_\_\_

註：此表格取自社會福利署<<安老院實務守規>>2020年版