

**St. Paul's Hospital Elderly Day Care Centre**  
**聖保祿醫院頤康天地**

**Medical Examination Form**  
**身體檢查報告書**

*Part I Particulars of Applicant*

甲部 申請人資料

Name 姓名：\_\_\_\_\_ Sex 性別：\_\_\_\_\_ Age 年齡：\_\_\_\_\_  
HKIC NO. 身份證號碼：\_\_\_\_\_ Hospital/Clinic Ref. No. 醫院/診所檔號：\_\_\_\_\_

*Part II History of Major Illnesses*

乙部 病歷記錄

(1) Any history of major illnesses/operations? Yes  No   
曾否患有何種疾病/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 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：\_\_\_\_\_

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

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

(5) Any history of allergy to medicine, food or others? Yes  No   
有否對藥物、食物或其他過敏? 有  無   
If yes, please specify  
如有，請註明：\_\_\_\_\_

*Part III Physical Examination*

丙部 身體檢查

Blood pressure

血壓：\_\_\_\_\_

Pulse

心跳：\_\_\_\_\_

Body Weight

體重：\_\_\_\_\_

General

整體情況：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cardiovascular System

循環系統：\_\_\_\_\_

Abdomen/renal

腹腔/腎：\_\_\_\_\_

Respiratory System

呼吸系統：\_\_\_\_\_

Central Nervous System

中樞神經系統：\_\_\_\_\_

Musculo-skeletal

肌骨：\_\_\_\_\_

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

皮膚 (如患皮膚病，請註明有否如褥瘡等狀況)：

\_\_\_\_\_

Foot

足部：\_\_\_\_\_

Eye (please specify name of disease if any e.g. cataract)

眼部 (如患眼疾如白內障，請註明)：

\_\_\_\_\_

Others

其他：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chest X-ray

X光肺片：\_\_\_\_\_

Date

日期：\_\_\_\_\_

Report

報告：\_\_\_\_\_

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

丁部 身體機能評估 (請在適當地方填上✓號)

<b>Vision</b> 視力：	Normal 正常	<input type="checkbox"/>	mildly impaired 輕度受障	<input type="checkbox"/>	moderately impaired 中度受障	<input type="checkbox"/>	severely impaired 嚴重受障	<input type="checkbox"/>
<b>Hearing</b> 聽力：	Normal 正常	<input type="checkbox"/>	mildly impaired 輕度受障	<input type="checkbox"/>	moderately impaired 中度受障	<input type="checkbox"/>	severely impaired 嚴重受障	<input type="checkbox"/>
<b>Communication</b> 說話能力：	Normal 正常	<input checked="" type="checkbox"/>	mildly impaired 輕度受障	<input type="checkbox"/>	moderately impaired 中度受障	<input type="checkbox"/>	severely impaired 嚴重受障	<input type="checkbox"/>
<b>Mental state</b> 精神狀態：	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"/>	moderately dementia 中度痴呆	<input type="checkbox"/>	severe dementia 嚴重痴呆	<input type="checkbox"/>
<b>Mobility</b> 活動能力：	Independent 行動自如	<input type="checkbox"/>	aided 需用輔行器具	<input type="checkbox"/>	chairbound 必須用輪椅	<input type="checkbox"/>	bedridden 長期臥床	<input type="checkbox"/>
<b>Continence</b> 禁制能力：	Normal 正常	<input type="checkbox"/>	occasional urine or faecal soiling 大小便 偶爾失禁	<input type="checkbox"/>	frequent urine or faecal soiling 大小便 經常失禁	<input type="checkbox"/>	uncontrolled incontinence 完全失卻 禁制能力	<input type="checkbox"/>
<b>A.D.L.</b> 日常生活 活動：	Unaided 不需幫助	<input type="checkbox"/>	occasionally 偶爾需要 幫助	<input type="checkbox"/>	always aided 經常需要 幫助	<input type="checkbox"/>	totally dependent 完全需要 幫助	<input type="checkbox"/>

**Part V Doctor's Recommendation**

戊部 醫生建議

- (1) Please indicate which therapy the applicant needs
- Physiotherapy    Occupational Therapy    Speech Therapy  
 需要    物理治療    職業治療    言語治療

Please specify other treatment recommended.

如有其他需要，請建議治療項目： \_\_\_\_\_

- (2) Other Comments

其他備註： \_\_\_\_\_

Signature 簽署： _____	Date 日期： _____
Doctor's Name 醫生姓名： _____	Hospital/Clinic 醫院/診所： _____
Tel no. 電話： _____	Fax no. / E-mail address 傳真/電郵： _____

此表格只適用於醫生簽發日期六個月內有效

This form is only valid within 6 months from the date of doctor's signature