

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

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

甲部 Part I	申請人資料 Particulars of Applicant		
姓名 Name	性別 Sex	年齡 Age	
香港身份證號碼 H.K.I.D. No.	醫院／診所檔號 Hospital/Clinic Ref. No.		

乙部 Part II	病歷記錄 History of Major Illnesses		
(1)	曾否患有嚴重疾病／曾否接受大型手術？ Any history of major illnesses/operations?  如有，請註明診斷 If yes, please specify the diagnosis	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
		Yes	No
(2)	有否患有傳染病？ Any evidence of infectious or contagious disease?  如有，請註明 If yes, please specify	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
		Yes	No
(3)	如過往有精神病記錄，請詳述病歷及是否需要定期覆診。 Past psychiatric history, if any, including the diagnosis, period and whether regular following treatment is required.		
(4)	如目前須服用藥物，請詳述藥名及服用量。 Detail of present medication, if any.		
(5)	有否對藥物、食物或其他過敏？ Any history of allergy to medicine, food or others?  如有，請註明 If yes, please specify	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
		Yes	No

丙部 Part III		身體檢查 Physical Examination	
血壓 Blood pressure		心跳 Pulse	
		體重 Body Weight	
整體情況 General			
循環系統 Cardiovascular System			
腹腔/腎 Abdomen/renal			
呼吸系統 Respiratory System			
中樞神經系統 Central Nervous System			
肌骨 Musculo-skeletal			
皮膚 (如患皮膚病, 請註明有否如褥瘡等狀況) Skin (please specify name of disease if any, and if there is condition like bedsore etc.)			
足部 Foot			
眼部 (如患眼疾如白內障, 請註明) Eye (please specify name of disease if any e.g. cataract)			
其他 Others			

X光肺片 Chest X-ray		日期 Date	
報告 Report			

丁部 Part IV		身體機能評估 Functional Assessment			
請在適當地方填上✓號 Please tick where appropriate					
視力 Vision	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 輕度受障 mildly impaired	<input type="checkbox"/> 中度受障 moderately impaired	<input type="checkbox"/> 嚴重受障 severely impaired	
聽力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 輕度受障 mildly impaired	<input type="checkbox"/> 中度受障 moderately impaired	<input type="checkbox"/> 嚴重受障 severely impaired	
說話能力 Communication	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 輕度受障 mildly impaired	<input type="checkbox"/> 中度受障 moderately impaired	<input type="checkbox"/> 嚴重受障 severely impaired	
精神狀態 Mental state	<input type="checkbox"/> 正常/敏銳 Normal/ alert	<input type="checkbox"/> 輕度受困擾 mildly disturbed	<input type="checkbox"/> 中度受困擾 moderately disturbed	<input type="checkbox"/> 嚴重受困擾 seriously disturbed	
		<input type="checkbox"/> 輕度痴呆 mild dementia	<input type="checkbox"/> 中度痴呆 moderately dementia	<input type="checkbox"/> 嚴重痴呆 severe dementia	
活動能力 Mobility	<input type="checkbox"/> 行動自如 Independent	<input type="checkbox"/> 需用輔行器具 aided	<input type="checkbox"/> 必須用輪椅 chairbound	<input type="checkbox"/> 長期臥床bedridden	
禁制能力 Continence	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 大小便 偶爾失禁 occasional urine or faecal soiling	<input type="checkbox"/> 大小便 經常失禁 frequent urine or faecal soiling	<input type="checkbox"/> 完全失卻 禁制能力 uncontrolled incontinence	
日常生活 活動 A.D.L.	<input type="checkbox"/> 不需幫助 Unaided	<input type="checkbox"/> 偶爾需要 幫助 occasionally	<input type="checkbox"/> 經常需要 幫助 always aided	<input type="checkbox"/> 完全需要 幫助 totally dependent	

戊部 Part V		醫生建議 Doctor's Recommendation	
(1) 請列出申請人所需治療 Please indicate which therapy the applicant needs			
<input type="checkbox"/> 物理治療 Physiotherapy		<input type="checkbox"/> 職業治療 Occupational Therapy	
<input type="checkbox"/> 言語治療 Speech Therapy			
如有其他需要，請建議治療項目 Please specify other treatment recommended			
_____			
(2) 其他意見 Other Comments			
_____			

簽署及蓋章 Signature & Chop	日期 Date
醫生姓名 Doctor's Name	醫院/診所 Hospital/Clinic
電話 Telephone no.	傳真/電郵 Fax no. / E-mail address