

Part III Physical Examination

第三部分 身體檢查

Blood pressure 血壓：____/____ Pulse 心跳：_____ Body Weight 體重：_____

General Condition：

整體情況

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：

年 月 日

Central Nervous System：

中樞神經系統

Musculo-skeletal：

肌骨

Abdomen/Urogenital：

腹/泌尿及生殖系統

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：

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)

Vision 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
Hearing 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
Mental state 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	
Mobility 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
Contenance 禁制能力		<input type="checkbox"/> 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
Speech 語言能力		<input type="checkbox"/> able to express 能正常表達	<input type="checkbox"/> need time to express 須慢慢表達	<input type="checkbox"/> need clues to communicate 須用其他方式表達	

