

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)(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：

(3) 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。

(4) 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 : _____

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 :

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	

