



## 言語及吞嚥治療中心

請填妥報名表格後交回本機構

地址：新界葵涌荔景邨仰景樓地下 6 號

電話：2743 0900 Whatsapp：6438 5691

傳真：2745 8898 電郵：sstc@skcss.org.hk

此部份由本機構職員填寫

個案編號：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_

### 成人言語治療服務報名表格

#### 服務使用者資料：

姓名：\_\_\_\_\_ 英文姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男/女

出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 教育程度\*：未受教育 / 小學 / 初中 / 高中 / 專上教育

日間聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手提電話\_\_\_\_\_ (可作 WhatsApp 聯絡) 電郵：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

#### 健康狀況

有否長期疾病？：沒有 有，請註明：\_\_\_\_\_

有否對物件/食物/藥物敏感：沒有 有，請註明：\_\_\_\_\_

是否需要輪椅設施：是 否

是否可自行出席及離開每節服務：是 否，陪同者姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

中風 腦部受創 柏金遜 認知障礙 腦腫瘤 腦炎 病患年期：\_\_\_\_\_

其他，請註明：\_\_\_\_\_

#### 障礙類別

咬字發音 語言理解 語言表達 說話聲線 說話流暢度 吞嚥困難

大、小肌肉協調問題 其他，請註明：\_\_\_\_\_

#### 聯絡人資料：

聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 先生/女士\* 與服務使用者關係：\_\_\_\_\_

日間聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手提電話\_\_\_\_\_ (可作 WhatsApp 聯絡) 電郵：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

是否與服務使用者同住：是 否

#### 此部份由職員填寫

負責職員：\_\_\_\_\_

首次服務類別：初次評估 個別課程 小組課程 個別及小組混合課程

其他：\_\_\_\_\_

服務編號：\_\_\_\_\_

服務日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，逢星期\_\_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_\_

\*請刪去不適用者

本報名表格所收集的個人資料只用作申請服務之用，只有本機構授權人士方可查閱及使用相關資料。

本機構將來會根據您所提供之個人資料作本機構的通訊、推廣及邀請。如您反對上述用途，可以透過書面形式向本機構提出。