



會員申請表

已入電腦

經手人(中心職員姓名)：_____

會員編號：_____

申請須知：提交申請表時請出示身份證正本作核對之用

已收取： 會員證 血壓簿

申請費用：全免

會員簽收：_____

領證日期：_____

申請人基本資料 取會員證中心： 安景中心 風景中心 石籬中心

姓名(中文)：_____ (英文)：_____ 性別： 男 / 女

身份證號碼：_____ () 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡：_____

住址：_____ 區 _____ 邨 _____ 座 _____ 樓 _____ 室

家居電話：_____ 手提電話：_____ 電郵：_____

緊急聯絡人姓名：_____ (關係：_____) 緊急聯絡電話：_____

居住情況：住戶人數 _____ 人
 獨居 配偶 子女 媳婦女婿 孫 兄弟姊妹 朋友 其他：_____

健康狀況： 良好

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 中風 | <input type="checkbox"/> 認知障礙症 | <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臟病 | <input type="checkbox"/> 情緒病 | <input type="checkbox"/> 眼疾：_____ | |
| <input type="checkbox"/> 高血脂 | <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 | <input type="checkbox"/> 痛風症 | <input type="checkbox"/> 癌症：_____ | |
| <input type="checkbox"/> 柏金遜病 | <input type="checkbox"/> 氣管或肺病 | <input type="checkbox"/> 傳染病 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

服用藥物種類：_____ 種

主要求診地點 (可選擇多於一項)

瑪嘉烈醫院 仁濟醫院 葵涌醫院 明愛醫院 戴麟趾門診

北葵涌門診 伍若瑜門診 私家診所或醫院 其他：_____

活動能力： 良好 *上肢/下肢不便 需用輔助器(*拐杖/傘/助行架/輪椅) 活動困難

視覺能力： 良好 弱視(*左眼/右眼) 失明(*左眼/右眼)

聽覺能力： 良好 弱聽(*左耳/右耳) 失聰(*左耳/右耳)

過去六個月有否跌倒： 沒有 有，跌倒 _____ 次 (*入院救治/沒有求診)



吸煙習慣：沒有 有 (平均每日吸 _____ 支煙)

飲酒習慣：沒有 有 (平均每日飲 _____ 杯酒)

每週運動次數：沒有 1次 2次 3-5次 多於6次

運動種類：晨運 太極 健體操 跑步 散步 其他：_____

就業狀況：

退休(退休前職業：_____) 全職：_____ 兼職 *從未就業 / 家庭主婦

現時收入來源：

長者生活津貼(高/普通) 退休金或儲蓄 子女供養 在職

綜合社會保障援助 高齡津貼 傷殘津貼 其他：_____

根據《個人資料(私隱)條例》，在本表格所填寫的個人資料將絕對保密，只限授權人士查閱。

個人資料使用同意書：

- 1.本人完全明白及同意以上提供的個人資料，只作南葵涌社會服務處統計、行政及安排服務之用。
- 2.本人明白有權查閱及要求更正南葵涌社會服務處所存的個人資料。

申請人簽署：_____

日期：_____

您有興趣成為本中心義工嗎？

有 (已填妥 / 未填妥義工申請表)

沒有