

Service Application Form 服務申請表格

1. Patient 病者		
Name 姓名:		(Chinese 中文) (English 英文)
HKID 身份證號碼:		
Sex 性別:	Age 年齡:	D.O.B. 出生日期:
Phone no. 電話:		
Address 地址:		
Did patient apply for Electronic Health Record (eHR)? 病人是否已登記電子健康紀錄?		
<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否*		

*Please use the link to apply for eHR 請使用以下連結申請電子健康紀錄

<https://goo.gl/Hm9HJ8> (English Version) <https://goo.gl/ttoz9x> (中文版本)

2. Applicant 申請人		
Name 姓名:		(Chinese 中文) (English 英文)
Relationship with patient 與病者關係:		
Phone no. 電話:		
Address 地址:		
Email Address 電郵地址:		

3. Service(s) expected from JCHH (More than one alternative is allowed) 期望本院提供之服務 (可選多項):	
<input type="checkbox"/> Symptoms Control 紓緩徵狀	<input type="checkbox"/> Caregiver training 照顧者訓練
<input type="checkbox"/> Respite Care 暫托照顧	<input type="checkbox"/> Terminal Care 臨終護理
<input type="checkbox"/> Others 其他: _____	

4. Please select preferable time-slot(s) for our Palliative Nurse to call back (More than one alternative is allowed) 請選擇由紓緩科護士回覆電話的適合時間 (可選多項):	
<input type="checkbox"/> 9.00 am - 1.00 pm	
<input type="checkbox"/> 2.00 pm - 5.00 pm	