



惠澤社區藥房

聖雅各福群會  
營養福袋餽贈計劃  
轉介表格

個案編號：\_\_\_\_\_ (聖雅各福群會填寫)

\*所有資料請以正楷填寫

**第一部分：個案/申請人的資料**

**I. 個案資料**

中文姓名：\_\_\_\_\_

性別：男 / 女

居住狀況：獨居 與配偶 與子女 與其他親友/朋友 (請註明：\_\_\_\_\_)

住址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

\*收入來源：綜援金：\$\_\_\_\_\_ 傷殘津貼：\$\_\_\_\_\_ 退休金：\$\_\_\_\_\_

依賴積蓄：\$\_\_\_\_\_ 其他(如工作及子女/親友之供養，請註明及款項：\_\_\_\_\_)

**II. 個案之身體狀況：**

所患之疾病：糖尿病 癌症 膽固醇 心臟病 高/低血壓 氣管疾病  
關節炎/骨質疏鬆症 腎病 肝病 其他(請註明：\_\_\_\_\_)

殘障情況：失明/部分失明(程度：\_\_\_\_\_)  
失聰/部分失聰(程度：\_\_\_\_\_)

精神病(種類)\_\_\_\_\_ 肢體傷殘 (殘障身體部份)\_\_\_\_\_

其他(請註明：\_\_\_\_\_)

**III. 轉介機構資料**

機構名稱：\_\_\_\_\_

轉介醫務人員/社工/主管中文姓名(以正楷填寫)：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_

**轉介機構注意事項：**

- 申請表必須由醫務人員/社工/主管作出轉介及簽署
- 所提供的資料必須絕對真確無誤
- 聖雅各福群會保留最終決定權

**聖雅各福群會之聯絡方法：**

地址：香港灣仔石水渠街 85 號  
聖雅各福群會 1 樓 105 室  
電話：2835 4320 傳真：2834 7300

**領取福袋時填寫：(必須在適合方格內填寫 )**

領取福袋：

Prosure \_\_\_\_\_ 盒

Oral Impact \_\_\_\_\_ 盒

Nutren DM 400gm \_\_\_\_\_ 罐

Nutren 400gm \_\_\_\_\_ 罐

申請人簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_