



請在適合位置加上✓

Referral Form for Family Health Management/ Medical Subsidy

家庭健康管理計劃 / 醫療費用資助轉介書

To: Health In Action 醫護行者 (填妥後請傳真至 3461-9827/電郵至 hia@hia.org.hk 葵青區基層在職家庭健康項目收)

參加者個人資料	
姓名 Name:	(中文) (English)
出生日期 Date of Birth:	年 月 日
性別 Gender:	<input type="checkbox"/> 男 Male / <input type="checkbox"/> 女 Female
聯絡電話 Telephone:	
居住地區 District:	<input type="checkbox"/> 葵青區 / <input type="checkbox"/> 荃灣區
轉介內容	
確診 Diagnosis: (可選取多項)	<input type="checkbox"/> 肥胖症 Obesity <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 高血脂 Hyperlipidemia <input type="checkbox"/> 糖尿病 / 高血糖 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 其他 other: _____
轉介原因 Reasons for referral: (可選取多項)	<input type="checkbox"/> 新確診 Newly diagnosis <input type="checkbox"/> 對病患/飲食的認知不足 Knowledge deficit in disease/healthy diet <input type="checkbox"/> 提升自我管理能力 Enhance self-care management <input type="checkbox"/> 需互助小組 Need support group <input type="checkbox"/> 需家訪跟進 Need home visit <input type="checkbox"/> 醫療費用資助 (包括身體檢查、購買醫療器材或處方藥物) Subsidy for body checking, purchase of medical equipment and prescribed medicine <input type="checkbox"/> 其他 others: _____
(此欄必須填寫) <input type="checkbox"/> 參加者已知悉及同意將轉介參與醫護行者的家庭健康管理計劃或醫療費用資助申請。	
醫療人員姓名 Name of Health Professional :	
醫療人員簽署 Referring Health Professional' s signature:	
部門 Unit:	
聯絡電話 Telephone:	
日期 Date:	年 月 日

葵青區在職人士或其家庭

- 正領取或合資格領取以下其中一種津貼：關愛基金「非公屋、非綜援的低收入住戶一次過生活津貼」；低收入在職家庭津貼；學校書簿津貼；公立醫院及診所費用減免；鼓勵就業交通津貼；其他情況請致電查詢

醫療費用資助詳情

- 改善葵青區在職低收入家庭因財政負擔耐延誤檢查或治療的情況。資助項目包括身體檢查、購買醫療器材或處方藥物。每位合資格人士可獲資助金額視乎個別情況而定，請情請致電查詢。

家庭健康管理計劃詳情

- 初期確診或患有高血糖/糖尿病；高血脂；高血壓，並有意改善或管理病情的葵青區在職低收入人士或其家庭成員。
- 合資格家庭將獲安排一位義務醫護人員跟進按該家庭情況制訂及執行健康管理計劃，包括透過家訪進行健康估評及教育；安排相關健康主題講座/小組培訓；電話/短訊作持續跟進。

個人資料私隱政策聲明

- 醫護行者有限公司尊重個人資料私隱，並承諾全力執行及遵守保障資料原則，以及《個人資料(私隱)條例》(條例)的各項有關規定及個人資料私隱專員(私隱專員)所發出的實務守則。
- 本機構持有與運作有關的個人資料，旨在提供本會服務之用。本機構將採取一切合理可行的步驟，確保所收集或保存的個人資料準確無誤，並刪除不再需要作所用途的個人資料。