



REFERRAL FOR  
Occupational Therapy Consultation / Physiotherapy Exercise / Art Therapy Workshop  
職業治療諮詢／物理治療運動班／藝術治療工作坊  
轉介書

DATE:

REF. NO.:

姓名： \_\_\_\_\_ 性別：  M / F  聯絡電話： \_\_\_\_\_

年齡： \_\_\_\_\_ 所屬醫院： \_\_\_\_\_

所患病症： \_\_\_\_\_

病歷簡介： 起病日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (年/月)  
受累關節  肩膀 手肘 髌 膝 足踝 手指 腳指  (請圈合適項目)

轉介參加：  
 職業治療諮詢  
 物理治療運動班  
 藝術治療工作坊

(請選擇所轉介參加的項目)

\* 參加者已知悉並同意此轉介？ 是／否

參加者是否綜接受助人？ 是／否

(請圈合適選項)

轉介機構 \_\_\_\_\_

轉介機構負責人簽署 \_\_\_\_\_

(請用正楷填寫此轉介書)

備註：

1. 請將此表格交回香港風濕病基金會  
地址：九龍深水埗南山邨南偉樓地下103-106室  
電話：2346 6336 傳真：2346 6136
2. 只接受指定機構及風科專科醫生或護士轉介的風濕科病人；
3. 成功的參加者會收到電話通知確認有關資料；
4. 每位參加者都必須於上課前交妥服務費用。