

**REFERRAL FORM FOR**  
**OT Consultation / Physiotherapy Exercise / Laughter Yoga Workshop / Floor Curling Training**  
**職業治療諮詢／物理治療伸展運動班／大笑瑜伽身心健康工作坊／地壺球訓練班**  
**轉介表格**

Ref. No. \_\_\_\_\_

(請用正楷填寫此轉介表格)

姓名 \_\_\_\_\_

性別   M / F   年齡 \_\_\_\_\_

聯絡電話 \_\_\_\_\_

身份證號碼 \_\_\_\_\_  
(英文字母及首三位數字)

Please affix patient gum label here

(optional)

覆診醫院 \_\_\_\_\_

所患病症 \_\_\_\_\_

聯絡地址 \_\_\_\_\_

病歷簡介：起病日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (年/月)

受累關節   頸/肩膀/手肘/腕/手指/髌/膝/足踝/腳趾/其他\*   :

轉介參加： 職業治療諮詢

物理治療伸展運動班

大笑瑜伽身心健康工作坊

地壺球訓練班

(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\*

轉介機構/負責人 \_\_\_\_\_ 機構蓋章 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

(\*請圈出合適項目)

**備註:**

1. 請盡快將表格**傳真/電郵**至香港風濕病基金會有限公司:  
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 電郵：mail@hkarf.org
2. 參加者必須為風濕病患者，並得到指定機構/風濕科專科醫生/專科護士轉介；
3. 本會收妥表格後，將會致電聯絡參加者，安排上課時間；
4. 參加者必須在確認參與班別後，於兩星期內繳交活動費用；收據及活動詳情將會在開課前約兩星期寄出。

更新日期: 2019年1月10日