

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*

參加者是否綜援受助人? 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