



**REFERRAL FORM FOR WATER EXERCISE CLASS**

**水中運動班  
轉介表格**

Ref. No.:

(請用正楷填寫此轉介表格)

姓名 \_\_\_\_\_ 聯絡電話 \_\_\_\_\_

性別   M/F   年齡 \_\_\_\_\_ 身份證號碼 \_\_\_\_\_  
(英文字母及首三位數字)

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/髖/膝/足踝/腳趾/其他\*  

參加班別 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 期 \_\_\_\_\_ 班

東區尤德夫人那打素醫院 / 伊利沙伯醫院 / 博愛醫院 / 明愛利孝和護理安老院 \*

參加者已知悉並提供資料填寫此表格? 是/否\*

參加者是否綜援受助人? 是/否\*

參加者是否願意接受相關病科服務的資訊和聯絡? 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，

並得到風濕科專科醫生、風濕科專科護士、風濕科自助組織或香港復康會社區復康網絡轉介

更新日期: 2021年10月7日