



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*

參加者是否綜接受助人? 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