



REFERRAL FORM FOR PHYSIOTHERAPY EXERCISE PROGRAMME

物理治療運動課程轉介表格

REF. NO. : _____

(請用正楷填寫此轉介表格)

姓名：		Please affix patient gum label here (optional)
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)		
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*:	
是否綜援受助人?	是 / 否	
參加者已知悉並同意此轉介?	是 / 否	

轉介機構/ 負責人 _____ 機構蓋章 _____ 日期 _____

轉介須知：

1. 請填寫表格內所有欄目。
2. 感謝閣下轉介。主辦單位職員會聯絡參加者並確認報名是否成功。

本會聲明：

1. 參加者的個人資料將為香港風濕病基金會(下稱「本會」)作安排活動、統計及通訊所用。只有本會職員或獲委託之人士才能處理參加者資料，但亦有可能會轉交至本計劃捐助機構作報告或推廣活動所用，而一切資料將會受到保密處理。
2. 收集個人資料聲明: 香港風濕病基金會會遵守及履行個人資料(私隱)條例之規定，並確保參加者的個人資料的準確性及安全性。參加者的個人資料只會作安排活動、統計、通訊及推廣活動所用。

備註：

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

主辦機構：



香港風濕病基金會
Hong Kong Arthritis &
Rheumatism Foundation Ltd.

捐助機構：



香港賽馬會慈善信託基金

更新日期：2021年10月

\\HKARF-SARAH\Den - Share Folder\Forms for website