



「賽馬會智齒保健計劃」登記表格 (可由申請人或轉介機構填寫)

所屬機構名稱：\_\_\_\_\_ (如有)

參加者姓名：\_\_\_\_\_

性別：  男  女

年齡：\_\_\_\_\_

身份證首 5 字：\_\_\_\_\_

參加者電話：\_\_\_\_\_

照顧者與參加者之關係：\_\_\_\_\_

照顧者姓名：\_\_\_\_\_

參加者有可以下載應用程式的智能電話：  有  無

照顧者電話：\_\_\_\_\_

照顧者有可以下載應用程式的智能電話：  有  無

照顧者是 否與參加 者同住 (✓/X)	1.獨居 2.與配偶同住 3.與配偶及家人同住 4.與家人同住 (請填寫 1,2,3 或 4)	居住房屋類型： 1.公屋 2.居屋 3.私人屋苑 4.其他: (請填寫 1,2,3 或 4)	*已確診 1.認知障礙症 2.柏金遜症 (請填寫 1 或 2)		**有領取長者生 活津貼 (\$4,195) (✓/X)	有 8 隻 或以上 天然 牙齒 (✓/X)	「智友醫社同行計劃」會員 (✓/X) (需由社工轉介) (可不需提供確診證明)	
			<input type="checkbox"/> 早期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 晚期				社工姓名：	
							社工簽署及 蓋印：	
							日期：	

\*確診證明：醫生信 / 藥袋 / 醫健通藥物記錄

\*\*長者生活津貼證明：最近 3 個月的銀行存摺紀錄

請將以上資料填妥後，電郵或 WhatsApp 至方姑娘。電郵: yvonne.fong@lovingsmilesfoundation.org      WhatsApp: 6898 3282