

「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.腦退化症 2.帕金森症 (請填寫 1 或 2)	**有領取長者生活津貼 (\$4,195) (✓/X)	過去 2 年內有否參加關愛基金「長者牙科服務資助」 (✓/X)	有 1 隻或以上天然牙齒 (✓/X)	「智友醫社同行計劃」會員 適用 (✓/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