

Referral for Mobile Cognitive Assessment Service
Department of Old Age Psychiatry, Castle Peak Hospital
青山醫院老人精神科 流動記憶評估服務
(Project funded by The Elderly Care Fund of Yan Oi Tong)
(由仁愛堂樂助弱老基金贊助)

由
From : _____
轉介單位名稱
Name of Referring Unit

致 青山醫院老人精神科
To : Department of OAP
Castle Peak Hospital

電話
Tel. No. : _____
圖文傳真
Fax No. : _____
日期
Date : _____

電話
Tel. No. : 24568080
圖文傳真
Fax No. : 24627480

個案背景資料

Client's Background Information

姓名
Name : _____

身份証號碼
I.D. No. : _____

性別 男 女
Sex : Male Female

年齡
Age : _____

地址
Address : _____

電話
Tel. No.: _____

病歷/身體狀況
Medical History/Physical Condition : _____

轉介原因
Reasons for referral : _____

(*個案或其家屬已同意是項轉介)

(Consent has been obtained directly from *client/relatives)

轉介者姓名
Name of Referrer _____

簽名
Signature _____

職位
Post _____

*請刪去不適用者

Delete as appropriate