

「賽馬會智齒保健計劃」登記表格 (可由申請人或推薦機構填寫)

所屬機構名稱 (如有): _____

參加者姓名: _____ 性別: _____ 年齡: _____

參加者電話: _____ 身份證首 5 字: _____

照顧者姓名: _____ 照顧者聯絡電話: _____ 照顧者與參加者之關係: _____

照顧者是否與參加者同住 (✓/X)	居住狀況	居住房屋類型	*已確診	**有領取	過去 2 年內有否參加關愛基金「長者牙科服務資助」 (✓/X)	真牙數目 (需有 1 隻真牙或以上)	「智友醫社同行計劃」會員 (✓/X)	推薦機構資料	
	1. 獨居 2. 與配偶同住 3. 與配偶及家人同住 4. 與家人同住 5. 與工人同住 (請填寫 1, 2, 3, 4 或 5)	1. 公屋 2. 居屋 3. 私人屋苑 4. 其他 (請填寫 1, 2, 3, 或 4)	1. 腦退化症 2. 柏金遜症 (請填寫 1 或 2)	1. 長者生活津貼 2. 傷殘津貼 3. 長者社區照顧服務券 (請填寫 1, 2, 或 3)		真牙數目: _____		推薦人姓名:	
		其他: _____	(請加上✓號) 早期 中期 晚期					推薦人職位:	
			確診證明: (請加上✓號) 醫生信 藥袋 醫健通					聯絡電話:	
								推薦人簽署及蓋印:	
								日期:	

*確診證明: 醫生信/藥袋/醫健通藥物記錄

**長者生活津貼/傷殘津貼證明: 最近 3 個月的銀行存摺紀錄/社署信/殘疾人士登記證

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

更新版: 2024 年 11 月 19 日