

Client Information Form 個人資料表格

3333 Finch Avenue East, Scarborough, Ontario M1W 2R9

Tel: 416-493-3333

St. Paul's programs and services are subsidized by the government; the following data are collected for the purposes of reporting, program planning, and communicating with you. The information on this form is strictly confidential and is solely intended for the authorized use set out by St. Paul's Privacy of Information Policy.

聖保羅中心的活動及服務均有政府補助，下列收集的資料是為編寫統計報告、策劃服務及與你聯絡通訊之用。本表格各項資料均嚴格保密，使用時必須遵聖保羅中心隱私政策臚列之授權指引。

General

(Please print in English 請用英文正楷)

Client Lastname 姓		Firstname 名	
Home Phone 電話		Cellular Phone 手提電話	
Address 地址		Unit 單位號碼	City 城市
Postal Code 郵政號碼	Buzz #	<input type="checkbox"/> Own 自置物業 <input type="checkbox"/> Rent 租住	Email Address 電郵地址

Gender 性別		Birthdate 出生日期		Health Card No. 醫療卡號碼	
<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女	MM 月	DD 日	YYYY 年	Including version code 包括英文字母: □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □ □

Language 語言	Mother Tongue 母語	Country of Origin 原居地	Living Arrangement:
If not English, do you understand English? 如母語非英語，是否懂英語		<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	<input type="checkbox"/> Lives Alone 獨居 <input type="checkbox"/> Lives with: 與 _____ 同住

Type of Accommodation 住宅類別				Marital Status 婚姻狀況			
<input type="checkbox"/> House	<input type="checkbox"/> Townhouse	<input type="checkbox"/> Condo/Apartment	<input type="checkbox"/> LTC Facility	<input type="checkbox"/> Retirement Home	<input type="checkbox"/> Senior Apartment	<input type="checkbox"/> Never Married 未婚	<input type="checkbox"/> Divorced 離婚
<input type="checkbox"/> St. Paul's Rental	<input type="checkbox"/> St. Paul's Terrace	<input type="checkbox"/> Wishing Well	<input type="checkbox"/> Married 已婚	<input type="checkbox"/> Separated 分居	<input type="checkbox"/> Widowed 鰥寡	<input type="checkbox"/> C. Law/Partner 同居	

Referral Source: 從何處得知本中心的服務							
<input type="checkbox"/> CCAC	<input type="checkbox"/> Church 教會	<input type="checkbox"/> Community Agency 社區團體	<input type="checkbox"/> Family/Relative 親屬	<input type="checkbox"/> Friend/Neighbour 朋友/鄰居	<input type="checkbox"/> Hospital 醫院	<input type="checkbox"/> Media 傳播媒體	<input type="checkbox"/> Professional/Therapist 專業護理人員
<input type="checkbox"/> Staff 中心人員	<input type="checkbox"/> Other 其它:	Referrer's Name:					
Phone No:							

Service Request

Please check the service you are interested in (有興趣使用下列的服務，請在服務旁邊格上劃上符號)

<input type="checkbox"/> Caregiver Support Group	<input type="checkbox"/> Client Intervention	For Housing Applicant only:	
<input type="checkbox"/> Congregate Dining Service	<input type="checkbox"/> Day Program	<input type="checkbox"/> Rental-Bachelor with kitchen 租住開放式有廚房	
<input type="checkbox"/> Friendly Visiting	<input type="checkbox"/> Health & Wellness	<input type="checkbox"/> Rental-Bachelor w/o kitchen 租住開放式無廚房	
<input type="checkbox"/> Home Support	<input type="checkbox"/> Meals on Wheels	<input type="checkbox"/> Rental -1 bedroom 租住一睡房	
<input type="checkbox"/> Recreation	<input type="checkbox"/> Support Group	<input type="checkbox"/> Life Equity -1 bedroom 購買一睡房	
<input type="checkbox"/> Transportation	<input type="checkbox"/> Volunteer Support	<input type="checkbox"/> Life Equity -2 bedrooms 購買二睡房	
<input type="checkbox"/> Other:			

Diagnosis

Mobility Status 活動能力		Health Status 健康狀況		Alzheimer 亞氏痴呆症	
Fully Ambulatory 行動自如		Arthritis 關節炎		Asthma 哮喘	
Cane 用手杖		Cancer 癌症		Dementia 痴呆	
Walker 助行架		Depression 抑鬱		Diabetes 糖尿病	
W/C 輪椅		Heart Disease 心臟病		High Cholesterol 高膽固醇	
Scooter 電動步行車		Hypertension 高血壓		Osteoporosis 骨質疏鬆	
Transfer 上落車時：		Parkinson 柏金遜症		Stroke/TIA's 中風	
Independent 不需協助		Allergies (please list) 過敏症(請列明)			
One Assistant 需一人協助					
Two Assistants 需二人協助		Other 其它		Smoker	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Most recent hospital admission 最近入院記錄				Alcohol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Date 日期		Comments 備註:			
Hospital 醫院					
Reason 原因					

Contacts

Family Physician 家庭醫生

Lastname 姓	Firstname 名	Phone 電話:
------------	-------------	-----------

Emergency Contact #1 第一緊急聯絡人

Lastname 姓	Firstname 名	Relationship to client 關係
Address 地址:		Postal Code 郵政號碼
Home Phone: 電話	Cellular Phone: 手提電話	Business phone: 辦公電話
Email Address 電郵地址		
Power of Attorney for Personal Care 照顧個人健康授權人		Power of Attorney for Property and Finances 處理個人財務授權人

Emergency Contact #2 第二緊急聯絡人

Lastname 姓	Firstname 名	Relationship to client 關係
Address 地址:		Postal Code 郵政號碼
Home Phone: 電話	Cellular Phone: 手提電話	Business phone: 辦公電話
Email Address 電郵地址		
Power of Attorney for Personal Care 照顧個人健康授權人		Power of Attorney for Property and Finances 處理個人財務授權人

Form completed by (Please Print) 填表人: _____

Signature 填表人簽署: _____ Date 日期: _____