

健康檔案



我是殘障人士，請閱讀此健康檔案以便您能為我提供最佳援助。

我的相片

姓名

.....

我喜歡的稱謂

.....

出生日期

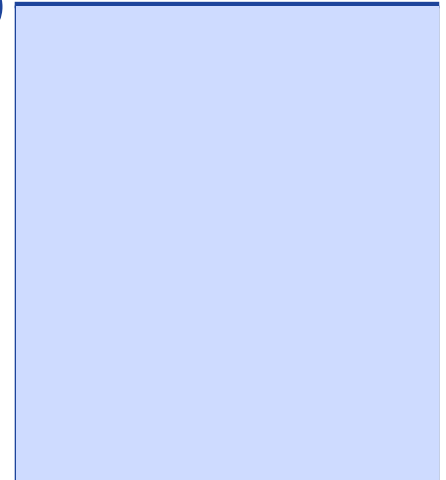
.....

瞭解我的一些重要資訊（例如：您的特長、您喜歡或您引以為傲的事物）：

.....

.....

.....



能與之討論我的健康狀況的重要人士

我的醫生

.....

電話號碼

.....

其他能與之討論我的健康狀況的重要人士
(例如：醫護人員、助手、家人或朋友)：

關係

.....

電話號碼

.....

姓名

.....

關係

.....

電話號碼

.....

我的溝通交流方式

請勾選所有適用選項

寫字或打字

口頭交流

手語

用手指指文字

圖片

使用設備

手勢/肢體語言

其他

.....

我能聽懂以下口頭語言：

.....

.....

緊急聯絡人

姓名

.....

關係

.....

電話號碼

.....

姓名

.....

關係

.....

電話號碼

.....

健康檔案



我對以下物品過敏

藥物或食物

我的症狀或反應 (列出明顯反應)

藥物或食物

我的症狀或反應 (列出明顯反應)

我在以下方面需要得到說明

請勾選所有適用選項

- 進食
- 飲水
- 清洗
- 洗澡
- 穿衣
- 其他

- 其他

我有飲食限制

我的食物限制及原因如下： (例如：糖尿病、食物不耐症、質地、氣味)

食物

原因

食物

原因

食物

原因

我的設備和輔助工具

請勾選所有適用選項

- 眼鏡
- 閱讀設備/輔助工具
- 書寫設備/輔助工具
- 輪椅
- 服務型動物
- 助聽器
- 助行器/手杖
- 其他

自我表達

我可能會因以下原因而感到沮喪： (例如：噪音、光線、被觸碰、氣味、口罩)

當我感到焦慮或有壓力時，在以下情況下我會感覺好一些：

當我受傷或生病時，在以下情況下我會感覺好一些：

當我感到疼痛時，我會透過以下方式表達：

其他

其他