



緊急救護情表

PERSONAL EMERGENCY INFORMATION

请致电

999

Call

個人資料PERSONAL INFORMATION

姓

名

身分證號碼

Family Name

First Name

HKID

地址

Address

出生日期

年

月

日

性別

M

F

Birth Date

Year

Month

Day

Gender

男

女

聯絡電話(1)

聯絡電話(2)

Phone 1

Phone 2

醫療 / 保健咭號

保健公司名稱

Insurance or Medical Card

Company

☒ 醫療照護預先指

文件存于

Advanced Care Directive

On file with

緊急聯絡人資料CONTACT INFORMATION

緊急聯絡人 (1)

電話

Emergency Contact 1

Phone

緊急聯絡人 (2)

電話

Emergency Contact 2

Phone

醫生資料DOCTOR INFORMATION

家庭醫生

電話

Family Doctor

Phone

其他 (專科) 醫生

電話

Other Doctor (Specialist)

Phone

其他 (專科) 醫生

電話

Other Doctor (Specialist)

Phone

請將此表格貼於冰箱門上，方便提取

Place by the telephone or refrigerator

姓 \_\_\_\_\_  
Family Name

名 \_\_\_\_\_  
First Name

有關病歷

MEDICAL HISTORY

<input checked="" type="checkbox"/> 心臟病 Heart Attack	<input checked="" type="checkbox"/> 中風 Stroke	<input checked="" type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/> 癌症 Cancer
<input checked="" type="checkbox"/> 哮喘 Asthma, Emphysema	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> 老年痴呆症 Alzheimer	<input checked="" type="checkbox"/> 痴呆 Dementia
<input checked="" type="checkbox"/> 帕金森 Parkinson's	<input checked="" type="checkbox"/> 其他（狀況說明） Other _____		

過敏藥物

ALLERGY

<input checked="" type="checkbox"/> 盤尼西林 Penicillin	<input checked="" type="checkbox"/> 磺胺類藥物 Sulfa	<input checked="" type="checkbox"/> 四環素 Tetracycline	<input checked="" type="checkbox"/> 可代因 Codeine
<input checked="" type="checkbox"/> 苯妥英鈉 Phenytoin	<input checked="" type="checkbox"/> 卡馬西平 Carbamazepine	<input checked="" type="checkbox"/> 其他 Other _____	

處方藥物 (服用中)

PRESCRIPTION MEDICATIONS

1 _____	2 _____	3 _____
4 _____	5 _____	6 _____

非處方藥物 (服用中)

NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS

1 _____	2 _____	3 _____
4 _____	5 _____	6 _____

中藥 (服用中)

CHINESE HERBAL MEDICATIONS

1 _____	2 _____	3 _____
4 _____	5 _____	6 _____

特別注意事項 (如適用)

SPECIAL NEEDS (if applicable )

<input checked="" type="checkbox"/> 視覺 Visual	<input checked="" type="checkbox"/> 聽覺 Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> 假牙 Dentures	<input checked="" type="checkbox"/> 行動問題 Mobility
<input checked="" type="checkbox"/> 專科 Specialty (psychiatric, dialysis, etc) _____			

填表人 _____	日期 _____
Completed by	Date