

社團法人高雄市銀髮福祉照顧協會

高雄市「鳳山銀髮家園」入住申請表 113.02.17 制訂

壹、申請人基本資料

申請租屋： 號 樓

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號				室內電話	
戶籍地址				手機	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他			子女數	___男 ___女
使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他_____				
教育程度	<input type="checkbox"/> 小學或以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 其他_____				
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 其他_____				
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 白內障：_____ <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 洗腎_____/週 <input type="checkbox"/> 痛風 部位：_____ <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> B、C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
就診醫院					
身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障別：_____障 等級： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重				
福利身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 中低收入戶，每月_____元 <input type="checkbox"/> 低收入戶，每月_____元				
工作經歷	<input type="checkbox"/> 無就業 <input type="checkbox"/> 有就業_____				
行動步態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緩慢 <input type="checkbox"/> 碎步 <input type="checkbox"/> 不穩 <input type="checkbox"/> 不自主運動				
輔具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 腋下拐杖 <input type="checkbox"/> 輪椅				
緊急聯絡人		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係	
通訊地址				電話	

貳、同住者基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號		與申請人關係		市內電話	
戶籍地址				手機	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他			子女數	___男 ___女
使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他_____				
教育程度	<input type="checkbox"/> 小學或以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 其他_____				
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 其他_____				
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 白內障：_____ <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 洗腎_____/週 <input type="checkbox"/> 痛風 部位：_____ <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> B、C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
就診醫院					
身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障別：_____障 等級： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重				
福利身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 中低收入戶，每月_____元 <input type="checkbox"/> 低收入戶，每月_____元				
工作經歷	<input type="checkbox"/> 無就業 <input type="checkbox"/> 有就業_____				
行動步態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 緩慢 <input type="checkbox"/> 碎步 <input type="checkbox"/> 不穩 <input type="checkbox"/> 不自主運動				
輔具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 腋下拐杖 <input type="checkbox"/> 輪椅				
緊急聯絡人		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係	
通訊地址				電話	

參、家庭狀況

家 系 圖

