



Melbourne Seniors Activity Centre Planned Activity Group Program

Application Form 申請表

Personal Details 個人資料			
Name 姓名	Chinese 中文		English 拼音
DOB 生日	DD/MM/YYYY	Age 年齡	Gender 性別 - <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
Language 語言	<input type="checkbox"/> Mandarin 普通話 <input type="checkbox"/> Cantonese 廣東話 <input type="checkbox"/> English 英語 <input type="checkbox"/> Shanghainese 上海話 <input type="checkbox"/> Hakka 客家話 <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____		
Marital Status 婚姻狀況	<input type="checkbox"/> Married 已婚 <input type="checkbox"/> Single 未婚 <input type="checkbox"/> Divorced 離婚 <input type="checkbox"/> Widow 喪偶		
Address 地址			
Phone No 電話	House 住宅	Mobile 手機	
Personal Alarm 隨身呼叫器	<input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有，		Number 號碼
Hobbies 興趣	<input type="checkbox"/> Art and Crafts 摺紙 <input type="checkbox"/> Painting 畫畫 <input type="checkbox"/> Play Mahjong 打麻將 <input type="checkbox"/> Chess 下棋 <input type="checkbox"/> Reading 閱讀 <input type="checkbox"/> Singing 唱歌 <input type="checkbox"/> Sports 運動 <input type="checkbox"/> Walking 散步 <input type="checkbox"/> Cooking 下廚 <input type="checkbox"/> Gardening 園藝 <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____		
Religion 宗教	<input type="checkbox"/> Buddhist 佛教 <input type="checkbox"/> Christian 基督教 <input type="checkbox"/> Catholic 天主教 <input type="checkbox"/> No religion 沒有信仰 <input type="checkbox"/> Other 其他: _____		
Referred by 推荐人	Name 姓名		Phone 電話
	<input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> ACAT <input type="checkbox"/> Social Worker <input type="checkbox"/> Other 其他: _____		
	<input type="checkbox"/> HCP Service Provider _____		
	<input type="checkbox"/> Case Manager Name _____		
	Contact number _____	Email: _____	
	Billing to _____		
	Billing address _____		
Emergency Contact 緊急連絡人			
First 第一位			
Name 姓名	Relationship 關係 Wife		Phone 電話
Second 第二位			
Name 姓名	Relationship 關係 Daughter		Phone 電話
Medical Alerts 醫療相關資訊			
Medicare No. 醫療卡	No. 號碼	IRN	Exp 有效期 MM / YYYY
Pension No. 養老金卡	No. 號碼	Exp 有效期 DD / MM / YYYY	
GP 家庭醫生	Name 姓名 Dr Fung		Contact 電話 9467 4222
Clinic 診所 Uni Hill Medical Centre	Address 地址		
Medical issues 重大疾病	<input type="checkbox"/> Parkinson Disease 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> Stroke 中風 <input type="checkbox"/> Dizziness 暈眩 / 腦缺血 <input type="checkbox"/> Osteoarthritis 骨性關節炎 <input type="checkbox"/> Joint surgery 關節手術 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> Other 其他: _____		
Mental Condition 精神健康狀況	<input type="checkbox"/> Alert 清醒 <input type="checkbox"/> Confused 迷糊 <input type="checkbox"/> Blurred 說話不清 <input type="checkbox"/> Memory loss 失憶 <input type="checkbox"/> Dementia 腦退化 <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____		



Melbourne Seniors Activity Centre Planned Activity Group Program

Personal Care 個人衛生	Feeding 進食能力 - <input type="checkbox"/> Self 自理 <input type="checkbox"/> Need Assistance 需要幫助 Toileting 如廁能力 - <input type="checkbox"/> Self 自理 <input type="checkbox"/> Need Assistance 需要幫助 Continence 泌尿功能 - <input type="checkbox"/> Continent 能夠控制 <input type="checkbox"/> Incontinent 尿失禁
Allergies 過敏	<input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有, please be specify 請註明: _____
Dietary Requirement 飲食要求	<input type="checkbox"/> No Special requirement 什麼都可以吃 <input type="checkbox"/> Vegetarian 素食 <input type="checkbox"/> Fish and shellfish allergies 對海鮮和貝類過敏 <input type="checkbox"/> Dairy free 不吃蛋奶類 <input type="checkbox"/> Nut free 不吃堅果 <input type="checkbox"/> Gluten free 不吃麩質食品 <input type="checkbox"/> Other dietary requirement 其他飲食要求: _____
Mobility 活動能力	<input type="checkbox"/> Mobil 行動方便 <input type="checkbox"/> Disable 身有殘疾: _____ <input type="checkbox"/> Need Aids 需要輔助 - <input type="checkbox"/> Wheelchair 坐輪椅 <input type="checkbox"/> Have walking stick 有用拐杖 <input type="checkbox"/> Have 4-wheel frame 有用四輪推車
Daily Medication 日常服藥	<input type="checkbox"/> Less than 4 meds 少於 4 種 <input type="checkbox"/> More than 4 medications 超過 4 種 <input type="checkbox"/> Self-Administered 能夠自行管理 <input type="checkbox"/> Supervised 需要人監控 <input type="checkbox"/> Some can affect the central nervous system 有可能會影響神經系統 <input type="checkbox"/> Need to take tablets at lunchtime 需吃完午飯後服藥 <input type="checkbox"/> PRN Medication 臨時藥物 (Pain Killer 止痛藥): _____
Vision 視力	<input type="checkbox"/> Good eyesight 良好視力 <input type="checkbox"/> Cataract 白內障 <input type="checkbox"/> Glaucoma 青光眼 <input type="checkbox"/> Vision loss 視力退步 - <input type="checkbox"/> Wear glasses 戴眼鏡 <input type="checkbox"/> Regular check 定期檢查 <input type="checkbox"/> Blind 失明
Hearing 聽力	<input type="checkbox"/> Good hearing 良好聽力 <input type="checkbox"/> Hearing loss 聽力退步 - <input type="checkbox"/> Wear hearing aids 戴助聽器 <input type="checkbox"/> Regular check 定期檢查 <input type="checkbox"/> Deaf 耳聾
Medical Decisions 緊急救護需求	If your heart or breathing has stopped, you require 如果您的心跳或呼吸突然停止, 您希望: <input type="checkbox"/> Call 000 我們叫救護車 <input type="checkbox"/> Not-For-Resuscitate (NFR) 拒絕心肺復甦術

Photo Consent:

At times during social events PAG Program staff may take your photograph. These may be published in the Social Media, Newsletter, on the website or in any other promotional material.

These photos could be of you individually or as part of a group

Please indicate your permission for photographs, which include you, to be used for promotional purposes for MSAC Social Support.

拍照許可:

在活動期間計畫小組的工作人員可能會拍一些照片作為之後的活動宣傳, 到時候照片可能會放到社群媒體上、報紙、網站或是其他宣傳媒體或平台。

這些照片可能包含您的獨照或是團體照。

如果您允許墨爾本長者日間中心使用您的照片作為社區活動宣傳的話, 請清楚表明您的認可。

Yes, MSAC may use photographs, which include me for the above purpose.

好的, 墨爾本長者日間中心可以使用我的照片用於以上說明的用途。

No, please do not take or publish photos, which include me.

拍照的時候, 請不要拍進去, 或使用任何有我在內的照片。

Signed 簽字: _____ **Date 日期:** ____/____/____