

# 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
- 其他
- 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：