



非緊急救護車服務申請表格
Non-emergency Ambulance Transfer Service Request Form

查詢電話 Tel. : 2567 0705 預約電話 Tel. : 2567 3083
圖文傳真 Fax : 2886 5397 / 2886 6620

查詢及服務時間：星期一至六上午八時至下午六時

Our enquiry and service hours: Monday to Saturday 0800-1800 hours

服務範圍：接載經醫療人員授權需照應的病人往返衛生署屬下診所及私家醫院就診

Service : Conveyance of care needed patients authorized by Medical Professionals to and from Department of Health Clinics / Private Hospitals

本隊專用

For AMS office use

< 請即日傳真本組，並以電話核實收妥 >

載送日期 Date of Journey	星期 Day	到達診所時間 Arrive at Clinic 09:30 <input type="checkbox"/> 14:30 <input type="checkbox"/>		醫院專用 For Hospital use
病者姓名 Name of Patient	電話 Tel.No.	性別 Sex	年齡 Age	到達醫院時間 Arrive at Hospital _____
由 From	體重 Weight 低於70公斤 <input type="checkbox"/> 高於70公斤 <input type="checkbox"/>		如為安老院請填名稱 Name of Elderly Home	
往 To	目的地 Destination 私家醫院 <input type="checkbox"/> 衛生署轄下醫療機構 DH medical agencies <input type="checkbox"/>		行程理由 Reason for Journey 門診病人 <input type="checkbox"/> 轉院 <input type="checkbox"/> Hospital transfer 出院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> Discharged from hosp. Admission	
升降機(居住地點) Lift (Residential) 可直達 <input type="checkbox"/> Accessible		不可直達 <input type="checkbox"/> Inaccessible	無 <input type="checkbox"/> No	隨行人仕 Escort 有 <input type="checkbox"/> Yes 無 <input type="checkbox"/> No
回程 Return journey 需要 <input type="checkbox"/> Require 不需要 <input type="checkbox"/> Not require		回程目的地 Destination of return journey 與上址相同 Destination as above <input type="checkbox"/> 其他 Others _____		醫輔隊病人檔案編號 AMS Patient Reference No. 接送病人需注意事項 Points to note when providing conveyance services to patient (本隊及醫療人員專用) (For AMS and medical staff use)
I. 公營醫療機構或私家醫院適用 I. For public medical institutions / private hospitals only				
預約機構名稱(全寫) Name of institution requesting booking (Full name)				
預約日期 Booking date	病房 Ward	預約機構電話 Contact tel.no.		
授權申請的人員姓名(請用正楷) Name (Capital Letter) of staff authorizing the request		職銜 Designation	簽署 Signature	
II. 申請非緊急救護車服務病人適用 II. For patients applying for non-emergency ambulance service				
聯絡人姓名 Name of contact person		電話號碼 Tel. No.		
特別指示/醫療照顧 Special advices/Medical care	氧氣 Oxygen <input type="checkbox"/>	傳染病 Infectious diseases <input type="checkbox"/>	抬床 Stretcher <input type="checkbox"/>	輪椅 Wheel chair <input type="checkbox"/>
其他 Others _____				
請註明不能使用公共交通之理由: Please indicate why public transport cannot be used:				
1. 需臥床 Stretcher Bound <input type="checkbox"/>	2. 需由非緊急救護車載送服務不停提供氧氣 Required continuous supply of Oxygen from non-emergency Ambulances <input type="checkbox"/>			
3. 倚靠輪椅代步 Wheelchair Bound <input type="checkbox"/>	4. 行動有困難，在家中亦須用助行器具方能步行 Difficulty in walking - mobility has to rely on walking aid. <input type="checkbox"/>			
5. 其他 Others _____				

重要事項 Important note

1 請在適當方格內加 " "
Please tick as appropriate.

2 需以一式兩份填寫，正本送交醫療輔助隊非緊急救護事組，副本由病人保存並在救護車人員要求時出示
Please complete in duplicate. The original should be submitted to NEATS Auxiliary Medical Service .

Duplicate to be kept by patient and produced to ambulance staff on request.