非緊急救護車載送服務申請表格

Application Form for Non-Emergency Ambulance Transfer Service

本隊專用

For AMS Office Use

查詢電話 Tel. (Enquiry) : 2567 0705　　預約電話 Tel. (Reservation) : 2567 3083

圖文傳真 Fax : 2886 5397 / 2886 6620

電郵 Email : sscontrol@ams.gov.hk

查詢時間 : 星期一至六上午八時至下午五時

Enquiry hours: Monday - Saturday, 8:00 am to 5:00 pm

服務範圍主要是經醫護人員評估為需要點對點載送往返住所和醫療機構、診所或醫院的人士。

The Non-Emergency Ambulance Transfer Service mainly serves individuals assessed by medical and healthcare professionals as requiring point-to-point transfer service between their residences and medical institutions, clinics, or hospitals.

< 請於使用服務前最少兩個工作天提交此表格，並致電 2567 3083 確認收妥申請>

< Please submit this form at least 2 working days prior to using the service, and call 2567 3083 for confirmation. >

服務使用者資料　Particulars of Service User

姓名 Name	電話 Tel.	性別 Sex	年齡 Age	體重 Weight
				磅 LB　　公斤 KG

隨行人士 Accompanying Person

☐ 有 Yes
☐ 沒有 No

聯絡電話　Contact No.

註: 只限一人，以有空位作準

Remarks: Limited to one person, subject to availability.

特別指示 / 醫療照顧 Special Advice / Medical Care

☐ 輪椅 Wheelchair
☐ 電動輪椅 Electric Wheelchair
☐ 需使用步行輔助工具 (例：拐杖) Walking aids required (e.g. crutches)
☐ 其他 Others _____
☐ 氧氣 Oxygen (流量 Flow rate　　L/min)
☐ 抬床 Stretcher

感染控制 / 防護措施 Infection Control / Protective Measures

傳染病 Infectious Disease : ☐ 沒有 No　☐ 有 Yes (請註明 Please specify) _____

預防傳播 Precautions : ☐ 接觸傳播 Contact　☐ 空氣傳播 Airborne　☐ 飛沫傳播 Droplets

防護措施 Protective Measures : ☐ 手套 Gloves　☐ 外科口罩 Surgical Masks　☐ N95口罩 N95 Respirators　☐ 保護袍 Gown　☐ 護目鏡 Goggles　☐ 單獨運送 Transfer Separately

載送服務內容　Details of Transfer Service

載送日期 Date of Journey	星期 Day	覆診時間 Appointment Time
		☐ 上午 AM　☐ 下午 PM _____

申請載送理由　Reason for Conveyance

☐ 門診 Out-patient Appointment
☐ 入院 Hospital Admission
☐ 出院 Hospital Discharge
☐ 轉院 Inter-hospital Transfer

由 From

註: 如地址屬安老院舍，請註明名稱 Please name the Elderly Home, if any

安老院名稱 Name of Elderly Home

往 To

註: 如地址屬安老院舍，請註明名稱 Please name the Elderly Home, if any

該地點是否設有直達升降機 Direct Lift Access

☐ 可以直達　Yes
☐ 不可直達　No
☐ 沒有升降機 No lift

回程 Return Journey

☐ 需要 Required　☐ 不需要 Not required
☐ 與上址相同 Same destination as above
☐ 其他 Others _____

醫院 / 診所專用 For Hospital / Clinic Use

提交日期 Submission Date	機構全名 Full Name of Institution	機構印章 Stamp of Institution
門診編號 Out-Patient No.	病房 Ward	

批核醫護人員的資料 Details of Approving Medical and Healthcare Staff

姓名 (正楷) Name (Block Letters)	職銜 Post	簽署 Signature	辦公室電話 Office Tel.

(本隊人員專用) (For AMS staff use)

注意事項 Important notes	備註 Remarks
	☐ 帶氧氣 Bring Oxygen ☐ 帶輪椅 Bring Wheelchair ☐ 自備輪椅 Patient using own wheelchair ☐ 電動輪椅 Patient using electric wheelchair
本隊檔案編號 AMS Case Reference No.	

重要事項

Important notes

1 請在適當方格內加 [X]

Please cross where appropriate

2 請服務使用者妥為備存本表格副本，並在有需要時向救護車人員出示。

A copy of this form shall be kept by the service user and shall be presented to the ambulance crew upon request.