



非緊急救護車服務申請表格

Non-Emergency Ambulance Transfer Service Request Form

本隊專用

For AMS Office Use

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

Enquiry and service hours: Mon - Sat 8:00 am to 6:00 pm

服務範圍主要為經醫護人員授權而需要在衛生署的診所或中心或私家醫院接受治療或護理的病人, 提供點對點 (即從住所往返目的地) 的非緊急救護車運送服務。

The scope of service is to provide patients authorised by medical professionals to receive treatment or care at clinics or centres of the Department of Health or private hospitals with non-emergency ambulance transport services between their homes and the destinations.

< 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/診所專用 For Hospital/ Clinic Use
病人姓名 Name of Patient	電話 Tel.No.	性別 Sex	年齡 Age	覆診時間 Appointment Time	
由 From	體重 Weight		安老院名稱 Name of Elderly Home		
往 To	_____ 磅 LB		_____ 公斤 KG		
目的地 Destination	申請載送理由 Reasons for Conveyance			醫療輔隊檔案編號 AMS Case Reference No.	
私家醫院 Private Hospital <input type="checkbox"/>	門診病人 OPD Patient <input type="checkbox"/>	轉院 Hospital Transfer <input type="checkbox"/>		門診編號 Out-Patient No.	
衛生署轄下醫療機構 Clinic / Centre of the DH <input type="checkbox"/>	出院 Discharged from Hospital <input type="checkbox"/>	入院 Admission <input type="checkbox"/>			
居住地點是否設有升降機 Lifts at Place of Residence	可以直達 Accessible <input type="checkbox"/>	不可直達 Not Accessible <input type="checkbox"/>	沒有升降機 Not Provided <input type="checkbox"/>	隨行人仕 Accompanying Persons	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)
				有 <input type="checkbox"/>	
				沒有 <input type="checkbox"/>	
回程 Return Journey	回程目的地 Destination of Return Journey	與上址相同 Destination Same as Above <input type="checkbox"/>			
需要 Require <input type="checkbox"/>	其他 Others _____				
不需要 Not Require <input type="checkbox"/>					
I. 公營醫療機構或私家醫院適用 I. For Public Medical Institutions / Private Hospitals Only					
預約服務機構全名 Full Name of Institution Requesting for Service					
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 This Request		職銜 Designation	簽署 Signature		
II. 非緊急救護車運送服務申請者資料 II. Details of Persons Requesting 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 (流量 Flow Rate _____ L/min) <input type="checkbox"/>	抬床 Stretcher <input type="checkbox"/>			
	傳染病 Infectious Diseases 沒有 NO <input type="checkbox"/>	有 YES (請註明 Please Specify) <input type="checkbox"/>	輪椅 Wheel chair <input type="checkbox"/>		
傳染病類別 Types of Infectious Disease	其他 Others _____	電動輪椅 Electric Wheelchair <input type="checkbox"/>			
請註明未能使用公共交通工具的理由: Reasons for Not Using Public Transport:					
1. 須使用擔床 <input type="checkbox"/>		2. 運送途中須使用氧氣 <input type="checkbox"/>			
Stretcher-bound		Those Need to Use Oxygen During the Journey			
3. 須使用輪椅 <input type="checkbox"/>		4. 須使用步行輔助工具例如拐杖的行動不便者 <input type="checkbox"/>			
Wheelchair-bound		Mobility-impaired Persons Requiring the Use of Walking Aids Like Crutches			
5. 其他 Others _____					

重要事項 Important notes

1 請在適當方格內加 "☑"
Please tick where appropriate

2 本表格正本須交予醫療輔助隊救護車組, 而副本則須由病人保存。請妥為備存本表格副本, 並須應救護車組人員請求出示。

The true copy of this form shall be forwarded to the Ambulance Service Section of Auxiliary Medical Service while another copy shall be retained by the patient.

A copy of this form shall be retained properly and shall, on request, be presented to the ambulance crew.