



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. : 2567 0705 預約電話 Tel. : 2567 3083

圖文傳真 Fax : 2886 5397 / 2886 6620

電郵 : sscontrol@ams.gov.hk

查詢時間：星期一至六上午八時至下午六時

Enquiry hours: 8:00 am to 6:00 pm (Monday - Saturday)

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 clients who have been assessed by medical and healthcare professional requiring point-to-point transfer service between their residences and medical institutions, clinics or hospitals.

< 請於使用服務前最少二十四小時致電 2567 3083 預約，預約成功後即日提交此表格 >

< Please call 2567 3083 for appointment at least 24 hours prior to the start of the journey and submit this form on the same day of reservation 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 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	特別指示 / 醫療照顧 Special Advice / Medical Care			
聯絡電話 Contact No.	<input type="checkbox"/> 氧氣 Oxygen (流量 Flow rate L/min)	<input type="checkbox"/> 傳染病 Infectious Disease	<input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有 Yes (請註明 Please specify)	
	<input type="checkbox"/> 抬床 Stretcher	傳染病類別		
	<input type="checkbox"/> 輪椅 Wheelchair	Type of Infectious Disease _____		
	<input type="checkbox"/> 電動輪椅 Electric Wheelchair			
	<input type="checkbox"/> 需使用步行輔助工具 (例：拐杖) Walking aids required (e.g. crutches)			
	<input type="checkbox"/> 其他 Others _____			

載送服務內容 Details of Transfer Service

申請載送理由 Reason for Conveyance <input type="checkbox"/> 門診 Out-patient Clinic <input type="checkbox"/> 入院 Hospital Admission <input type="checkbox"/> 出院 Hospital Discharge <input type="checkbox"/> 轉院 Hospital Transfer	載送日期 Date of Journey	星期 Day	覆診時間 Appointment Time <input type="checkbox"/> 上午 AM <input type="checkbox"/> 下午 PM _____
	由 From		
	往 To		
	註：如地址屬安老院舍，請註明名稱 Please name the Elderly Home, if any		
	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 <input type="checkbox"/> 可以直達 Yes <input type="checkbox"/> 不可直達 No <input type="checkbox"/> 沒有升降機 No lift	回程 Return Journey <input type="checkbox"/> 需要 Required <input type="checkbox"/> 不需要 Not required <input type="checkbox"/> 與上址相同 Same destination as above <input type="checkbox"/> 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 (請用正楷) Name (Block Letters)	職銜 Post	簽署 Signature	辦公室電話 Official Tel.

(本隊人員專用) (For AMS staff use)

注意事項 Important notes	備註 Remarks <input type="checkbox"/> 帶氧氣 Bring Oxygen <input type="checkbox"/> 帶輪椅 Bring Wheelchair <input type="checkbox"/> 自備輪椅 Patient using own wheelchair <input type="checkbox"/> 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 "☑"
Please tick where appropriate

2 請服務使用者妥為備存本表格副本，在有需要時向救護車人員出示。
The original of this form shall be forwarded to the Specialised Services Section of the Auxiliary Medical Service.
A copy of this form shall be kept by the service user and shall be presented to the ambulance crew upon request.