保護病人權益辦公室的提示

殘障通道服務 Physical Access If You Have a Disability

請選擇以下每一個您需要的項目。預先告知醫生診所您的殘障需求。
另外，要求您的醫生在您的醫療記錄中保存一份本清單的副本。

進入醫生診所:

- ☐ 我使用輪椅，我需要殘障通道進入您的大樓和診所。
- ☐ 我將乘坐殘障設備公車或面包車。從公車車站到診所需要有殘障通道。
- ☐ 我需要殘障停車位。從殘障停車位到診所需要有殘障通道。
- ☐ 其他: _____

獲得醫療照護:

- ☐ 我需要一個有殘障設備的衛生間。
- ☐ 我需要一個可升降的醫療檢查床。檢查床需要降低至離地面17到20英寸。(或 _____)。
- ☐ 我需要他人幫助我上、下醫療檢查床。
- ☐ 如您為我轉診到其他醫療場所，請使用本清單。如果我需要檢驗或檢查，請為我轉診到備有殘障人士診斷器材的醫療場所。
- ☐ 我使用導盲犬，請事先提醒害怕狗或對狗過敏的人士。
- ☐ 我對以下物品有 ☐ 危及生命或 ☐ 危及健康的過敏反應。若有可能要接觸到這些物品，請更換我的預約會診。(選擇所有相關項目):

  - ☐ 乳膠
  - ☐ 殺蟲劑
  - ☐ 房頂膠粘劑
  - ☐ 油漆
  - ☐ 帶有香味的個人用品
  - ☐ 其他: _____

筆記: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

本清單經過 June Isaacson Kailes (Associate Director, CDIHP) 同意，修改使用。