

2017/2018年度

「學生健康服務」及「學童牙科保健服務」

衛生署現已採用合併參加表格，
家長只須填寫份一表格，便可讓
學童享有

1. 「學生健康服務」及
 2. 「學童牙科保健服務」
- 兩項服務。

2017/2018年度

「學生健康服務」及「學童牙科保健服務」

每位參加「學生健康服務」的學生會被編排指定的學生健康服務中心接受每年一次的健康普查。該中心是根據所屬學校的區域而編配。中心會在約定檢查時間之前約一個月將檢查通知書經學校派發給家長。

2017/2018年度

「學生健康服務」及「學童牙科保健服務」

(一)衛生署將為本校學童提供護理服務，包括：

1. 牙齒檢查
2. 補牙
3. 清潔牙齒及脫牙
4. 有限度之牙齒矯正手術

2017/2018年度

「學生健康服務」及「學童牙科保健服務」

(二)小一至小四學生將有專車接送。

(三)小五、小六學生則於

1. 學校假期或

2. 課堂以外

依指定時間地點應診。

2017/2018年度

「學生健康服務」及「學童牙科保健服務」

(四)參加之學生須繳交年費二十元。
請家長填妥回條及表格於開學首星期交回班主任，以便辦理。費用則連同學校雜費一併用八達通繳交。

2017/2018年度 「學校免疫注射運動」 學生家長注意事項

衛生署新界西分區辦事處每年均分階段派遣護士及注射員到本校，為小一及小六學生提供白喉及破傷風混合疫苗和小兒麻痺劑加強劑，並會為小一學生提供麻疹、德國麻疹及流行性腮腺炎混合疫苗注射服務。

2017/2018年度 「學校免疫注射運動」 學生家長注意事項

新學年的開始，小一及小六學生家長應響應學校免疫注射運動，確保貴子女接受所有疫苗加強劑注射，以防他們被傳染病侵害。

故此，煩請各小一及小六學生家長於開學首星期交回貴子女之疫苗注射記錄冊予班主任，包括國內機關所發出之有關證明文件(俗稱針卡)，以便轉交衛生署辦理。

學生姓名 (請依照身分證文件/出生證明書填寫) (請用原子筆以正楷填寫本表格)

姓(中文) 陳 名(中文) 大文 姓(英文) Chan 名(英文) Tai Man 性別
 男
 女

學校名稱 中華基督教會蒙黃花汶紀念小學 上午
 下午 班別 P.1
 全日

下列各類證件，請擇其一：
 香港永久性居民身分證
 香港身分證
 香港出生證明書(顯示其香港特別行政區永久性居民身分為「確定」)
 香港出生證明書(顯示其香港特別行政區永久性居民身分為「未確定」)
 香港特別行政區護照
 香港特別行政區回港證
 香港特別行政區簽證身分書(具有在香港逗留的有效簽證)
 有效旅行證件(護照)，上有香港「入境權」/「居留權」/「無條件入境」/「以往規定的逗留條件現告撤銷」/「證實有資格領取香港永久性居民身分證」的標籤/蓋印
 有效旅行證件(護照)，上有顯示在香港「無條件限制逗留」的標籤/蓋印
 有效旅行證件(護照)，上有顯示在香港「獲准逗留至(日期)」或「獲准逗留期限延至(日期)」的標籤/蓋印，但持證人必須並非訪客及沒有在香港逾期逗留
 旅行證件(例如：護照、雙程證)，顯示持證人是「訪客」/擔保書(行街紙)持有人(須按照「非符合資格人士」的收費率繳費)
 其他身分證明文件，請註明

證件號碼： []

(必須填寫)

出生日期 年 月 日 [] [] [] [] [] [] [] []

出生地點 必須填寫

抵港日期 (在香港出生者不用填寫) 年 月 日 [] [] [] [] [] []

家長/監護人日間聯絡電話 必須填寫

住宅電話 必須填寫

學生編號 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

學童牙科保健編號 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(請參考上學期的學生手冊/成績表上的標識)(小一學生的學生編號請參考小一派位表) (請參考學童牙科保健手冊，新申請人不用填寫)

可相同

說明貴子女的病歷，有助我們提供最適當的治理(請連同有關病歷副本或其他資料一併提交)

<input type="checkbox"/> M1 先天性心臟病 Congenital Heart Disease	<input type="checkbox"/> M7 風濕性心臟病 Rheumatic Heart Disease	<input type="checkbox"/> M13 其他心臟病 *請註明 Other Heart Diseases
<input type="checkbox"/> M2 血友病 Haemophilia	<input type="checkbox"/> M8 地中海貧血 Thalassaemia	<input type="checkbox"/> M14 其他血病 *請註明 Other Blood Diseases
<input type="checkbox"/> M3 甲型肝炎 Hepatitis A	<input type="checkbox"/> M9 乙型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> M15 其他種類肝病 *請註明 Other Liver Diseases
<input type="checkbox"/> M4 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> M10 愛滋病病毒感染/愛滋病 HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> M16 其他傳染病 *請註明 Other Infectious Diseases
<input type="checkbox"/> M5 腦癇症(發羊吊) Epilepsy	<input type="checkbox"/> M11 哮喘 Asthma	<input type="checkbox"/> M17 腎病 Kidney Disease
<input type="checkbox"/> M6 葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症 G6PD Deficiency	<input type="checkbox"/> M12 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> M18 遺傳病 *請註明 Hereditary Disorder
<input type="checkbox"/> M19 長期服用藥物 *請註明 Long Term Medication	<input type="checkbox"/> M21 藥物過敏反應 *請註明 Allergies to Drugs	
<input type="checkbox"/> M20 曾接受的手術 *請註明 Operations		
<input type="checkbox"/> M22 其他病歷 *請註明 Other Medical Conditions		

同意書及聲明

學生健康服務 (詳情請參閱夾附的「核實符合資格人士身分指引」)
 本人同意上述學童參加學生健康服務，亦同意授權衛生署署長從本人、學童就讀學校、政府部門及政策局索取所有有關該學童的資料，以辦理報名手續，並為釐定收費的目的，確定學童的資格。
 (學生如屬「符合資格人士」，可免費享用學生健康服務。如屬「非符合資格人士」，則須在檢查當日繳付憲報刊登的年費(目前為港幣445元)。)

學童牙科保健服務 (詳情請參閱夾附的「核實符合資格人士身分指引」)
 本人同意上述學童(只有在2015年9月1日未滿18歲的小學學童才合資格)參加學童牙科保健服務，接受所需牙科治療，並承諾與診所職員衷誠合作。本人亦同意授權衛生署署長從本人、學生就讀學校、政府部門及政策局索取所有有關該學童的資料，以辦理報名手續，並為釐定收費的目的，確定學童的資格。
 (參加學童牙科保健服務的學生須將表格連同港幣20元，一併交回學校。如屬「非符合資格人士」，則須在收到學童牙科保健服務通知後，繳付費用差額港幣585元。)

家長/監護人 簽署 必須跟下相同(用原子筆) 與學童關係 父
 母
 監護人
(請用原子筆/墨水筆)

家長/監護人 姓名 必須跟上下相同(用原子筆) (請用正楷) 日期 _____

千萬不要撕下!

請沿此線漸下

此部分必須填寫並請在適當項目

* 學生姓名

* 學生姓名