







上述之疾病是屬於舊病復發或慢性疾病

否  是 請提供詳細資料 \_\_\_\_\_

首次發病日期 \_\_\_\_\_

以上病徵是否由其他疾病引起

否  是 請提供詳細資料 \_\_\_\_\_

病者之治療 檢查是否可在門診進行

否 請提供原因 \_\_\_\_\_

是 請提供住院原因 \_\_\_\_\_

病者首次就診日期 不限於此索償受傷 疾病

\_\_\_\_\_

閣下是否病者家庭醫生

否，請提供病者家庭醫生的姓名 \_\_\_\_\_

是。

閣下是否病者之直屬家庭成員或與病者慣常居住的人士

否。  是，詳情 \_\_\_\_\_

此疾病是否由下列之情況而引致或與下列任何情況相關  否  是

如是，請在下列空格內加上✓號

<input type="checkbox"/> 受藥物或酒精影響	<input type="checkbox"/> 不育或絕育	<input type="checkbox"/> 美容或整形外科手術
<input type="checkbox"/> 先天性畸形或反常	<input type="checkbox"/> 自殺或自傷身體	<input type="checkbox"/> 人體免疫能力缺乏症或其有關疾病、愛滋病
<input type="checkbox"/> 懷孕、墮胎、生育、小產、產前或產後護理等		<input type="checkbox"/> 牙科護理或手術

本人謹此聲明本人曾提供治療予上述病者。就本人所知所信，上述由本人提供的資料均為事實之全部，並確實無訛。

\_\_\_\_\_  主診醫生簽署

\_\_\_\_\_   地址及電話號碼   日期

\_\_\_\_\_  主診醫生姓名

\_\_\_\_\_  醫院專科  單位  部門

\_\_\_\_\_  專業資格

\_\_\_\_\_  醫院  醫生之蓋章