

# 查閱資料要求(附加資料) – 雅麗氏何妙齡那打素醫院

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:

大埔醫院

北區醫院

威爾斯親王醫院

其他 (請註明): \_\_\_\_\_

所需查閱醫療紀錄的期間 :

所需查閱醫療紀錄的專科 :

所需查閱醫療紀錄的類別:

醫療紀錄		診斷造影		
<input type="checkbox"/> 急症室紀錄	<input type="checkbox"/> 化驗報告	<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 住院紀錄	<input type="checkbox"/> 內視鏡紀錄	<input type="checkbox"/> 電腦掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 出院總結	<input type="checkbox"/> 心電圖	<input type="checkbox"/> 磁力共振掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 覆診紀錄	<input type="checkbox"/> 腦電圖	<input type="checkbox"/> 超聲波掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告

其他資料 (請註明) : #如不夠書寫, 請在另頁提供詳情

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:

大埔醫院

北區醫院

威爾斯親王醫院

其他 (請註明): \_\_\_\_\_

所需查閱醫療紀錄的期間 :

所需查閱醫療紀錄的專科 :

所需查閱醫療紀錄的類別:

醫療紀錄		診斷造影		
<input type="checkbox"/> 急症室紀錄	<input type="checkbox"/> 化驗報告	<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 住院紀錄	<input type="checkbox"/> 內視鏡紀錄	<input type="checkbox"/> 電腦掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 出院總結	<input type="checkbox"/> 心電圖	<input type="checkbox"/> 磁力共振掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 覆診紀錄	<input type="checkbox"/> 腦電圖	<input type="checkbox"/> 超聲波掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告

其他資料 (請註明) : #如不夠書寫, 請在另頁提供詳情

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:

大埔醫院

北區醫院

威爾斯親王醫院

其他 (請註明): \_\_\_\_\_

所需查閱醫療紀錄的期間 :

所需查閱醫療紀錄的專科 :

所需查閱醫療紀錄的類別:

醫療紀錄		診斷造影		
<input type="checkbox"/> 急症室紀錄	<input type="checkbox"/> 化驗報告	<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 住院紀錄	<input type="checkbox"/> 內視鏡紀錄	<input type="checkbox"/> 電腦掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 出院總結	<input type="checkbox"/> 心電圖	<input type="checkbox"/> 磁力共振掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
<input type="checkbox"/> 覆診紀錄	<input type="checkbox"/> 腦電圖	<input type="checkbox"/> 超聲波掃描	<input type="checkbox"/> 影像 (光碟)	<input type="checkbox"/> 報告

其他資料 (請註明) : #如不夠書寫, 請在另頁提供詳情