

資料當事人 (必須為在生人士) 詳情

姓名 (中文) : _____ 姓名 (英文) : _____
 香港身份證號碼 : _____ / 護照號碼 : _____

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:

- 雅麗氏何妙齡那打素醫院 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	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	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	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	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:

- 雅麗氏何妙齡那打素醫院 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	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	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	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	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:

- 雅麗氏何妙齡那打素醫院 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	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	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	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	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

