



慈幼葉漢千禧小學
2023-2024 年度申請學生健康服務及牙科保健家長通知書
(一年級)

敬啟者：

二零二二至二零二四年度學生健康服務及學童牙科保健服務現正接受申請，詳情臚列於下，敬請垂注。

1. 參加學童牙科保健服務者需繳付 36 元費用，學生暫時不需帶現金交回班主任，學生將於稍後「拍咭」付款。】
 2. 學生健康服務：參加學生於指定日期、時間，由家長陪同自行前往學生健康服務中心檢查。
 3. 學童牙科保健服務：參加學生於指定日期、時間，由家長陪同自行前往學童牙科診所檢查。
 4. 凡欲報名參加者，請於 9 月 5 日 (二) 或之前將參加學生健康服務/學童牙科保健的 (1) 申請表暨同意書 及 (2) 所選擇的身份證明文件副本一份交回班主任辦理。
 5. 不欲報名參加者，請在申請表上寫「不同意」三個字及家長簽署，並必須於 9 月 5 日 (二) 或之前將參加學生健康服務/學童牙科保健的申請表交回班主任辦理。
 6. 家長/監護人必須用黑色或藍色原子筆填寫申請表。
- ***請各家長填寫申請表前，可先查看背頁的「學生健康服務/學童牙科保健服務申請表填寫須知」。**

如 貴家長對有關學生健康服務及牙科保健的事宜有任何疑問，可致電衛生署健康教育專線：2833 0111 或學童牙科保健服務熱線：2928 6132，或向本校鄭美玲老師查詢。

此 致

校 長 黃 偉 堅 謹 啟

二零二三年九月一日

學生健康服務/學童牙科保健服務申請表填寫須知

選擇合適的證件種類，並附上證明文件副本，如出世紙副本。

4 學年 學生健康服務/學童牙科保健服務 申請表暨同意書

主證明書填寫 (請用原子筆以正楷填寫本表格)

姓(英文) _____ 名(英文) _____ 性別 男 女

請在全日 內加上 。

全日 班別 _____

請以英文大楷填寫，如：1A

此部分必須填寫，並請在適當空格內

學生每次到訪診所/中心，請攜帶所註明的身份證明文件。

證件種類：
 香港永久性居民身份證
 香港出生證明書，其上顯示香港特別行政區永久性居民身份為“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份書(具有在香港逗留的有效)
 有效旅行證件(護照)，其上有香港“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份證”的標籤/蓋印
 有效旅行證件(護照)，其上有在香港“無條件限制逗留”的標籤/蓋印
 有效旅行證件(護照)，其上有在香港“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逾期留港
 旅行證件(例如：護照、雙程證)，其上顯示持證人是“訪客”/擔保書(俗稱“行街紙”)持有人(須按“非符合資格人士”的收費率繳費)

學生如選擇下列各類證件，須按本署要求出示其他資料文件，以證明學生符合有關資格，否則須按“非符合資格人士”的收費率繳費

香港出生證明書，其上顯示香港特別行政區永久性居民身份為“未確定”
 香港身份證(只適用於十一歲或以上)
 其他身份證明文件，請註明 _____

證件號碼: _____

出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出生地點 _____

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號碼 (註：可作電話聯絡及接收短訊之用) _____

可填寫香港或中國。

如參加，請在 內加上 ，不參加請寫「不參加」

學生編號 _____ (請參考上學期學生手冊/成績表)(小一學生的學生編號見於小一派位證)

學童牙科保健編號 _____ (請參考學童牙科保健服務冊，初次填寫)

住宅電話號碼/其它手提電話號碼 _____

請說明貴子女的病歷，有助我們提供最適當的護理(請連同有關病歷，或一併提交)

<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"/> M9 乙型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> M14 其他血病 *請註明 Other Blood 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"/> M15 其他肝病 *請註明 Other Liver Diseases
<input type="checkbox"/> M5 腦癇症(俗稱“發羊吊”) Epilepsy	<input type="checkbox"/> M11 哮喘 Asthma	<input type="checkbox"/> M16 其他傳染病 *請註明 Other Infectious Diseases
<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"/> M17 腎病 Kidney Disease
<input type="checkbox"/> M8 地中海貧血 Thalassaemia	<input type="checkbox"/> M23 專注力失調/過度活躍症 ADHD	<input type="checkbox"/> M24 自閉症 Autistic Spectrum Disorder
<input type="checkbox"/> M18 遺傳病 *請註明 Hereditary Disorder	<input type="checkbox"/> M19 曾接受的手術 *請註明手術類別及有關年份 Operations	<input type="checkbox"/> M21 用藥物 *請註明 Medication
<input type="checkbox"/> M20 其他 *請註明 Other	<input type="checkbox"/> M22 曾接受的手術 *請註明手術類別及有關年份 Operations	<input type="checkbox"/> M25 過敏反應 *請註明 Allergies to Drugs

小一新生不用填寫。

符合資格的學生免費。

本人已細閱上述資料，並保證所報的病歷真實無誤。

學生健康服務 (詳情請參閱夾附的《核實符合資格人士身份的指引》)
 本人同意上述姓名的學生報名參加學生健康服務，亦同意有需要時接受身體檢查，並承諾與中心、本人亦同意授權衛生署署長向本人、學生就讀學校、學生健康服務委聘的服務提供者、政府部門有關各方索取或披露學生的所有相關資料，以辦理報名手續及跟進治療，並確定學生是否屬“符合資格人士”從而釐定收費。[學生如屬“符合資格人士”，可免費使用學生健康服務；如屬“非符合資格人士”，則須在收到“學生健康服務”通知後，繳付費用共港幣 615 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份的指引》)
 本人同意上述姓名的學生(只有在 2023 年 9 月 1 日未滿 18 歲的小學學童才符合資格)報名參加學童牙科保健服務，亦同意接受所需的牙科治療，並承諾與診所職員衷誠合作。本人亦同意授權衛生署署長向本人、政府部門及政策局索取學生的所有相關資料，以辦理報名手續，並確定學生是否屬“符合資格人士”而釐定收費。(參加學童牙科保健服務的學生須將表格連同港幣 36 元，一併交回學校。學生如屬“非符合資格人士”，則須在收到“學童牙科保健服務”通知後，繳付費用共港幣 799 元。)

學有關費用將用於交稍現金拍 36 咭元繳付。

家長/監護人簽署 _____ 請家長簽署及以正楷填寫姓名。

家長/監護人姓名 _____ 關係 _____

學生姓名 _____ 學生姓名 _____

地址 _____ 地址 _____

請填寫學生姓名及地址共 2 份，敬請不要撕開。