



## 社会卫生服务 申请医疗报告

### 申请须知

1. 所有医疗报告均以英文签发。医疗报告的形式由卫生署决定。
2. 申请所需的文件
  - (a) 申请人必须提供病人的身份证明文件副本以处理相关申请。
  - (b) 如病人未满十八岁，申请人请额外提交：
    - (i) 病人的出生证明书副本、
    - (ii) 管养权文件证明或已签署之拥有管养权声明（有关拥有管养权声明表格详见附件），及
    - (iii) 申请人的身份证明文件副本。
  - (c) 如申请已故病人的医疗报告，请额外提交：
    - (i) 病人的死亡证副本、
    - (ii) 申请人与病人关系的证明文件副本（例如：结婚证明书、出生证明书等），及
    - (iii) 申请人的身份证明文件副本。
  - (d) 如申请由病人代表/第三方（例如：保险公司、律师事务所等）提出，请额外提交：
    - (i) 已获病人授权的证明文件，及
    - (ii) 申请人的身份证明文件副本（申请人为公司如保险公司、律师事务所，则不适用）。
- 如有需要，卫生署或会要求申请人提供进一步的补充资料/证明文件。如资料有错漏，署方可能无法进一步处理相关申请。
3. 收费
  - (a) 按宪报规定，每一份医疗报告现时收费为港币 1,100 元，此收费须在申请医疗报告时一并支付。
  - (b) 请以划线支票/银行本票缴款，支票抬头请写明「香港特别行政区政府」，并在支票/银行本票背面写上你的姓名、身份证明文件号码及联络电话号码。如你以现金方式缴款，请交款到所属的皮肤科诊所/社会卫生科诊所（有关地址请见表一）。请勿邮寄现金。  
即使在医疗报告发出前取消申请，所付之费用概不发还。
4. 申请处理时间  
在确认收到所有所需资料及相关费用后，我们便会处理你的申请，一般需时约四至六周。医疗报告会连同正式收据送往申请表上注明的领取点或收件地址。申请人收到通知后，必须于三个月内领取所申请的文件，否则文件将被销毁而所收款项亦不会退回。
5. 递交申请方法
  - (a) 亲身递交到所属的皮肤科诊所/社会卫生科诊所（有关地址请见表一）；或
  - (b) 邮寄往所属的皮肤科诊所/社会卫生科诊所（有关地址请见表一）；或
  - (c) 透过政府一站通电子表格递交申请。
6. 收集个人资料声明  
申请时所提供的个人资料，卫生署将用作处理相关的申请及管理纪录用途。详情请参阅收集个人资料声明。
7. 查询  
如有任何查询，请致电 2150 7370 与社会卫生服务总办事处职员联络。



衛生署

社会卫生服务  
申请医疗报告

表一

皮肤科诊所/社会卫生科诊所	地址
香港岛	
柴湾社会卫生科诊所	香港柴湾乐民道3号 东区尤德夫人那打素医院专科门诊大楼地库5楼西翼
西营盘皮肤科诊所	香港西营盘皇后大道西134号 西营盘赛马会分科诊疗所3楼
湾仔女性社会卫生科诊所	香港湾仔皇后大道东284号 邓志昂专科诊疗院7楼
湾仔男性社会卫生科诊所	香港湾仔皇后大道东284号 邓志昂专科诊疗院6楼
九龙	
长沙湾皮肤科诊所	九龙深水埗长沙湾道303号 长沙湾政府合署西九龙健康中心3楼
油麻地皮肤科诊所	九龙油麻地炮台街145号 油麻地赛马会分科诊疗所9楼
油麻地女性社会卫生科诊所	九龙油麻地炮台街145号 油麻地赛马会分科诊疗所3楼
油麻地男性社会卫生科诊所	九龙油麻地炮台街145号 油麻地赛马会分科诊疗所4楼
容凤书皮肤科诊所/社会卫生科诊所	九龙观塘茶果岭道79号 容凤书纪念中心4楼
新界	
粉岭社会卫生科诊所	新界粉岭璧峰路2号 粉岭健康中心6楼
屯门社会卫生科诊所	新界屯门屯利街4号 屯门眼科中心5楼



## 社会卫生服务 申请医疗报告

### 收集个人资料声明

#### 收集资料的目的

1. 卫生署向病人及服务使用者提供服务和进行其他有关活动时，病人及服务使用者会提供个人资料和健康资料。卫生署会使用这些个人资料作以下用途：
  - (a) 资格证明；
  - (b) 测试结果 / 化验 / 检验 / 治疗的记录，以继续提供治疗，或供其他医疗专业人员参考；
  - (c) 征询同意进行特定治疗 / 测试；
  - (d) 开支会计；
  - (e) 流行病学监测；
  - (f) 为公共卫生目的，就汉森氏病(麻风病)、结核病或其他须予报告 / 呈报的疾病，作出呈报；
  - (g) 追踪不依期覆诊者，以便跟进及治疗；
  - (h) 评估是否需要社会援助；
  - (i) 职业病呈报记录；
  - (j) 评定是否伤残或适合工作；
  - (k) 在法律程序中作为参考；
  - (l) 证明同意接受医疗法律检验；
  - (m) 供制备统计数字、进行研究或教学用途；
  - (n) 处理与社会卫生服务或卫生署有关服务质素管理、意见、建议、查询及 / 或投诉的事宜；以及
  - (o) 就上文(a)至(n)项事宜与对方沟通。
2. 提供个人资料，纯属自愿。如你未能提供足够资料，我们可能无法证明你符合资格享用某项服务或参加某些活动，因而不能为你提供服务 / 协助；又或即使仍可提供服务或协助，你也须按非符合资格人士的收费率(通常较高)缴费。

#### 资料承转人类别

3. 你所提供的个人资料，主要供本署内部使用，但如有需要，也可能为上文第1段所述目的，向其他政府决策局 / 部门、医院管理局或有关各方披露。用于第1段用途(m)项的资料将以匿名的方式披露及转交予第三方。此外，只有在你同意作出该项披露或该项披露是《个人资料(私隐)条例》所允许的情况下，本署才会向有关方面披露有关资料。

#### 查阅个人资料

4. 卫生署对你提供的个人资料一律予以保密。根据《个人资料(私隐)条例》第18及第22条，以及附表1第6原则的规定，你有权查阅和改正你的个人资料。你的查阅权包括有权索取你在上文第1段所述情况下所提供个人资料的复本一份。为依从查阅资料要求，可能会征收费用。

#### 查询

5. 有关所提供之个人资料的查询(包括查阅和改正资料)，应送交：

地址：	九龙深水埗长沙湾道303号长沙湾政府合署西九龙健康中心3楼 卫生署社会卫生服务总办事处
电话：	2150 7370
电邮：	shsho@dh.gov.hk



衛生署

社会卫生服务  
申请医疗报告

- 致：  柴湾社会卫生科诊所       西营盘皮肤科诊所  湾仔女性社会卫生科诊所  
  
 湾仔男性社会卫生科诊所  长沙湾皮肤科诊所  油麻地皮肤科诊所  
  
 油麻地女性社会卫生科诊所  油麻地男性社会卫生科诊所  容凤书皮肤科诊所/  
社会卫生科诊所  
  
 粉岭社会卫生科诊所  屯门社会卫生科诊所

(注意：每份表格只供向其中一间皮肤科诊所/社会卫生科诊所提交申请)

第一部分：申请人资料

申请人是否病人本人  是（请继续填写第一部分） 否（请填写第一及第二部分）

姓名：

\_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ (中文)

性别： 男  女

身份证号码：\_\_\_\_\_ 或 护照号码：\_\_\_\_\_

通讯地址：

\_\_\_\_\_

联络电话：

\_\_\_\_\_

第二部分：病人资料（适用于非病人本人提出的申请）

(注意：请提交「申请须知」第二段提及的申请所需的文件，以处理你的申请。)

姓名：

\_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ (中文)

性别： 男  女 与申请人关系：

\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_ 或 护照号码：\_\_\_\_\_

通讯地址：

\_\_\_\_\_

联络电话：

\_\_\_\_\_

请于适当方格内加「✓」



衛生署

社会卫生服务  
申请医疗报告

第三部分：医疗报告申请之用途

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 医疗用途<br>(注意：请提交相关文件，例如医生信(如适用)。) | <input type="checkbox"/> 保险索偿          |
| <input type="checkbox"/> 个人纪录                             | <input type="checkbox"/> 其他(请注明)：_____ |

第四部分：医疗报告领取方法

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 亲自领取，地点为所属的皮肤科诊所/社会卫生科诊所(有关地址请见表一) |
| <input type="checkbox"/> 以挂号方式邮寄至                           |
| <input type="checkbox"/> 申请人通讯地址(与第一部分相同)                   |
| <input type="checkbox"/> 以下收件人/机构：                          |

收件人姓名：\_\_\_\_\_

收件人地址：\_\_\_\_\_

收件人联络电话：\_\_\_\_\_

第五部分：声明及同意书

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 本人已阅读并明白上述「申请须知」。  |
| <input type="checkbox"/> 本人谨此声明在本表格内提供的资料准确无讹。本人签署此表格代表本人同意/已获病人授权卫生署社会卫生服务透露及签发是次申请的医疗报告，给予本人或第四部分所填写的任何人士、公司、机构或政府部门。 |
| <input type="checkbox"/> 本人确认已附上「申请须知」第二段提及的申请所需的文件。本人明白如有需要，卫生署或会要求本人提供进一步的补充资料/证明文件；如资料有错漏，署方可能无法进一步处理相关申请。           |

申请人/病人签署：\_\_\_\_\_

申请人/病人姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

请于适当方格内加「✓」



衛生署

社会卫生服务  
申请医疗报告

附件

根据个人资料私隐条例要求查阅或更改资料

以有关人士身份代表未成年人士提出查阅或更改资料的要求，  
需签署以下声明（已提供有关管养权文件的人士除外）：

声明

本人声明对以下名称的儿童拥有管养权：

---

( 儿童姓名 )

签署：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

身分证号码：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_