



衛生署

專業發展及質素保證服務
申請醫療報告 / 醫療紀錄副本

申請須知

1. 所有醫療報告/醫療紀錄均以英文簽發，部門不會提供翻譯服務。醫療報告/醫療紀錄的形式由衛生署決定。
2. 申請所需的文件
 - a. 申請人必須提供病人的身份證明文件副本以處理相關申請。如有需要，我們或會要求額外資料。如資料有錯漏，我們可能無法進一步處理相關申請。
 - b. 如病人未滿十八歲，請額外提交(i)病人的出生證明書或其監護人身份證明文件的副本及(ii)申請人的身份證明文件副本。
 - c. 如申請已故病人的醫療報告/醫療紀錄副本，請額外提交(i)病人的死亡證副本、(ii)申請人與病人關係的證明文件副本(例如:結婚證明書、出生證明書等)及(iii)申請人的身份證明文件副本。
 - d. 如申請由病人代表/第三方(例如:保險公司、律師事務所等)提出，請額外提交(i)已獲病人授權的證明文件及(ii)申請人的身份證明文件副本(申請人為公司如保險公司、律師事務所，則不適用)。
3. 收費
 - a. 按憲報規定，每一份醫療報告現時收費為港幣 800 元，此收費須在申請醫療報告時一併支付。申請醫療紀錄副本時，我們會收取所需之影印費用。我們會另行通知申請人須繳付的金額。
 - b. 請以劃線支票/銀行本票繳款，支票抬頭請寫明「香港特別行政區政府」，並在支票/銀行本票背面寫上你的姓名、身份證明文件號碼及聯絡電話號碼。如你以現金方式繳款，請交款到所屬的診所/中心(有關地址請見表一)。請勿郵寄現金。即使在此醫療報告發出前取消申請，所付之費用概不發還。
4. 申請處理時間
在確認收到所有所需資料及相關費用後，我們便會處理你的申請，一般需時約四至六週。醫療報告及/或醫療紀錄副本，會連同正式收據送往申請表上註明的領取點或本地收件地址。申請人收到通知後，必須於三個月內領取所申請的文件，否則文件將被銷毀而所收款項亦不會退回。
5. 遞交申請方法
 - a. 親身遞交到所屬的診所/中心 (有關地址請見表一); 或
 - b. 郵寄往衛生署專業發展及質素保證服務行政組(地址:藍田啟田道 99 號藍田分科診所 3 樓); 或
 - c. 經網上申請，請瀏覽衛生署網頁。
6. 用途聲明
申請時所提供的個人資料，衛生署將用作處理相關的申請及管理紀錄用途。詳情請參閱收集個人資料的用途聲明。
7. 查詢
如有任何查詢，請致電 3163 4593 與專業發展及質素保證服務行政組職員聯絡。

表一

診所/中心	地址
香港島	
柴灣公務員診所	柴灣樂民道 3 號東區尤德夫人那打素醫院主樓 1 樓
香港公務員診所	灣仔皇后大道東 284 號鄧志昂專科診療院 3 樓
九龍	
九龍公務員診所	紅磡庇利街 42 號九龍城健康中心 6 樓
家庭醫學深造培訓中心	牛頭角定安街 60 號牛頭角賽馬會診所 2 樓
新界	
粉嶺公務員診所	粉嶺璧峰路 2 號粉嶺健康中心 8 樓
新界公務員診所	荃灣青山公路 115 號葛量洪夫人健康院地下
西貢公務員診所	西貢萬年街 23 號方逸華診所 1 字樓



衛生署

專業發展及質素保證服務
申請醫療報告 / 醫療紀錄副本

致：
 柴灣公務員診所 香港公務員診所 九龍公務員診所
 新界公務員診所 粉嶺公務員診所 西貢公務員診所
 家庭醫學深造培訓中心
(注意：每份表格只供向其中一間診所/中心提交申請)

申請項目：
 醫療報告 醫療紀錄副本
(注意：可選多於一項如適用)

第一部分：申請人資料

申請人是否病人本人 是(請繼續填寫第一部分) 否(請填寫第一及第二部分)

姓名：	_____	(英文)	_____	(中文)
性別：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
身份證號碼：	_____	或	護照號碼：	_____
通訊地址：	_____ _____			
聯絡電話：	_____	電郵地址：	_____	

第二部分：病人資料 (適用於非病人本人提出的申請)

(注意：請提交「申請須知」第二段提及的申請所需的文件，以處理你的申請。)

姓名：	_____	(英文)	_____	(中文)
性別：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	與申請人關係：	_____
身份證號碼：	_____	或	護照號碼：	_____
通訊地址：	_____ _____			
聯絡電話：	_____	電郵地址：	_____	

第三部分：申請醫療報告項目詳情 (每份報告收費為港幣 800 元)

<input type="checkbox"/> 醫療報告	期間：由	_____	至	_____
<input type="checkbox"/> 心理報告	期間：由	_____	至	_____
<input type="checkbox"/> 物理治療報告	期間：由	_____	至	_____
<input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____	期間：由	_____	至	_____

*請刪去不適用者

請於適當方格內加「✓」



衛生署

專業發展及質素保證服務
申請醫療報告 / 醫療紀錄副本

第四部分：申請醫療紀錄副本項目詳情

<input type="checkbox"/> 醫生診症紀錄	期間：由 _____ 至 _____
<input type="checkbox"/> 臨床心理學家診症紀錄	期間：由 _____ 至 _____
<input type="checkbox"/> 營養師診症紀錄	期間：由 _____ 至 _____
<input type="checkbox"/> 物理治療師診症紀錄	期間：由 _____ 至 _____
<input type="checkbox"/> 化驗報告結果(請註明化驗類別):	期間：由 _____ 至 _____
<input type="checkbox"/> 其他(請註明): _____	期間：由 _____ 至 _____

第五部分：醫療報告/醫療紀錄副本申請之用途

<input type="checkbox"/> 醫療用途 (注意：請提交相關文件，例如醫生信(如適用)。)	<input type="checkbox"/> 保險索償
<input type="checkbox"/> 個人紀錄	<input type="checkbox"/> 其他 (請註明): _____

第六部分：醫療報告/醫療紀錄副本領取方法

<input type="checkbox"/> 親自領取，地點為 柴灣/ 香港/ 九龍/ 新界/ 粉嶺/ 西貢 公務員診所 / 家庭醫學深造培訓中心*
<input type="checkbox"/> 以掛號方式郵寄至
<input type="checkbox"/> 申請人通訊地址 (與第一部分相同)
<input type="checkbox"/> 以下收件人/機構:
收件人姓名: _____
收件人地址: _____
收件人聯絡電話: _____

第七部分：聲明及同意書

<input type="checkbox"/> 本人已閱讀並明白上述「申請須知」。
<input type="checkbox"/> 本人謹此聲明在本表格內提供的資料準確無訛。本人簽署此表格代表本人同意/已獲病人授權衛生署專業發展及質素保證服務透露及發出是次申請的醫療報告及/或醫療紀錄副本給予本人/第六部分所填寫之收件人/機構。
申請人/病人簽署: _____
申請人/病人姓名: _____
日期: _____

*請刪去不適用者

請於適當方格內加「✓」