



衛生署

2025 / 2026 學年 學生健康服務／學童牙科保健服務 申請表暨同意書

學生資料	學生姓名 (請依照身份證明文件／出生證明書填寫) (請用原子筆以正楷填寫本表格)				性別										
	姓(中文)	名(中文)	姓(英文)	名(英文)	☐ 男 ☐ 女										
	學校名稱				☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 全日 班別										
	* 學生每次到訪診所／中心，請攜帶所註明的身份證明文件。				出生日期 日 月 年										
此部分必須填寫，並請在適當空格內加上☑	證件號碼： <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														出生地點
	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簽證) ☐ 旅行證件(中華人民共和國護照)，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 ☐ 旅行證件(中華人民共和國護照)，其上有在香港“無條件限制逗留”的標籤／蓋印 ☐ 旅行證件(中華人民共和國護照)，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(海外護照)，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 ☐ 旅行證件(海外護照)，其上有在香港“無條件限制逗留”的標籤／蓋印 ☐ 旅行證件(海外護照)，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				家長／監護人 聯絡電話號碼 (註：可作接收短訊及電話聯絡之用)										
	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“不符合資格人士”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) ☐ 旅行證件(中華人民共和國護照)，其上顯示持證人是“訪客” ☐ 旅行證件(海外護照)，其上顯示持證人是“訪客” ☐ 雙程證 ☐ 擔保書(俗稱“行街紙”)持有人 ☐ 其他身份證明文件，請註明 _____				住宅電話號碼／ 其它手提電話號碼										
					學童牙科保健編號										
					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					(請參考學童牙科保健服務手冊，初次申請者不用填寫)										
	學生病歷及聲明	請說明貴子女的病歷，有助我們提供最適當的護理(請連同有關病歷副本或其他資料一併提交)													
		☐ M1	先天性心臟病 Congenital Heart Disease	☐ M7	風濕性心臟病 Rheumatic Heart Disease	☐ M13	其他心臟病 *請註明 Other Heart Diseases								
☐ M2		血友病 Haemophilia	☐ M9	乙型肝炎 Hepatitis B	☐ M14	其他血病 *請註明 Other Blood Diseases									
☐ M4		肺結核 Tuberculosis	☐ M10	愛滋病毒毒感染／愛滋病 HIV / AIDS	☐ M15	其他肝病 *請註明 Other Liver Diseases									
☐ M5		腦癱症(俗稱“發羊吊”) Epilepsy	☐ M11	哮喘 Asthma	☐ M16	其他傳染病 *請註明 Other Infectious Diseases									
☐ M6		葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症 G6PD Deficiency	☐ M12	糖尿病 Diabetes	☐ M17	腎病 Kidney Disease									
☐ M8		地中海貧血 Thalassaemia	☐ M23	專注力失調／過度活躍症 ADHD	☐ M24	自閉症 Autistic Spectrum Disorder									
☐ M18		遺傳病 *請註明 Hereditary Disorder	☐ M19	長期服用藥物 *請註明 Long Term Medication											
☐ M20		曾接受的手術 *請註明手術 類別及有關年份 Operations	☐ M21	藥物過敏反應 *請註明 Allergies to Drugs											
☐ M22		其他病患／過敏反應 *請註明 Other Medical Conditions / Allergies													
同意書及聲明	本人已細閱上述資料及填妥學生病歷，並確認填報的病歷真實無誤。														
	☐ 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，並承諾與中心職員衷誠合作。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、政府部門及政策局、以及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“不符合資格人士”，則須在檢查當日繳付憲報刊登的年費(現行收費為港幣 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 2025 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、學生就讀學校、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”，從而釐定收費。(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“不符合資格人士”，則須在收到“學童牙科保健服務”通知後，繳付費用差額港幣 799 元。)														
並請在適當空格內，加上☑	家長／監護人簽署			與學生關係		☐ 父 ☐ 母 ☐ 監護人									
	家長／監護人姓名			日期											

學生姓名	_____	學生姓名	_____
地址	_____	地址	_____