

## 兒童體能智力測驗服務新症登記表

此欄由本中心職員填寫:

CAC No: \_\_\_\_\_

登記日期: \_\_\_\_\_

DOC Date: \_\_\_\_\_

### I. 兒童資料:

兒童姓名: \_\_\_\_\_ 《中文》 \_\_\_\_\_ 《英文》 性別: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 出生地方\*: 香港/中國/其他 \_\_\_\_\_

身份證/出世紙號碼: \_\_\_\_\_ 《或》 其他身份證明文件號碼: \_\_\_\_\_

原籍國: \_\_\_\_\_ 評估時適用語言: \_\_\_\_\_

本地住宅電話號碼: \_\_\_\_\_ 本地住宅傳真號碼: \_\_\_\_\_

本地住址: \_\_\_\_\_

(中文或英文地址均可)

兒童乃\* 香港永久居民/香港居民/持雙程證/持單程證/持旅客簽證/持學生簽證/其他 \_\_\_\_\_

兒童及其兄弟姊妹是否曾在本中心或其他兒童體能智力測驗中心登記? 是(中心名稱 \_\_\_\_\_) / 否

兒童是否合資格享有公務員或醫管局醫療福利人士? 是 / 否

### II. 父母資料:

父親姓名: \_\_\_\_\_ 《中文》 \_\_\_\_\_ 《英文》

身份證明文件號碼: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職業: \_\_\_\_\_ 公司電話: \_\_\_\_\_

教育程度: \_\_\_\_\_ 本地手提電話: \_\_\_\_\_

父親乃\* 香港永久居民/香港居民/持雙程證/持單程證/持旅客簽證/持工作簽證/其他 \_\_\_\_\_

母親姓名: \_\_\_\_\_ 《中文》 \_\_\_\_\_ 《英文》

身份證明文件號碼: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職業: \_\_\_\_\_ 公司電話: \_\_\_\_\_

教育程度: \_\_\_\_\_ 本地手提電話: \_\_\_\_\_

母親乃\* 香港永久居民/香港居民/持雙程證/持單程證/持旅客簽證/持工作簽證/其他 \_\_\_\_\_

### III. 監護人資料 (如父母不是兒童之監護人):

監護人姓名: \_\_\_\_\_ 《中文》 \_\_\_\_\_ 《英文》 關係: \_\_\_\_\_

所屬機構: \_\_\_\_\_ 聯絡人: \_\_\_\_\_

本地聯絡電話: \_\_\_\_\_

\* 請圈出適用者

## 注意事項

請先來電預約新症登記及護士的初步會見日期，於新症登記及護士的初步會見當天，請攜帶以下文件和費用：

1. 註冊西醫或心理學家之轉介信**正本** (由簽發日期起 6 個月內有效)
  2. 兒童香港出世紙**正本**
  3. 父親及母親身份證 (或影印本)
  4. 本中心服務範圍內之住址證明 (或影印本)
  5. 兒童近照 1 張
  6. 醫療記錄 (例如:母嬰健康院兒童健康記錄簿、出院記錄、覆診便條、醫療報告或評估報告等)(或影印本)
  7. 如兒童已入學，請攜帶學校成績表/評估表、手冊、功課、測驗卷、中英文默書簿 (或影印本)
  8. 已填妥的新症登記表格 (本表格)
  9. 專科門診收費 (符合香港居民資格兒童的首次應診費用港幣 135 元正，其後每次覆診費用港幣 80 元正)
    - 若兒童符合資格享用公務員／醫管局醫療福利，必須出示兒童的**正本**出世紙或身份證明文件以供查核。有關福利的享用資格均以系統核實結果或應診者能否出示有效的通用表格第 181 號；庫務署表格第 447 號或醫管局表格 181／182 為準。
    - 若兒童為綜合社會保障援助受助人而獲得公立診所或醫院豁免醫療費用，必須出示有效的綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書**正本**。
- \* 如家長未能依照已預約的日期和時間應診，請儘快通知本中心職員以便重新安排初步會見日期。

## 中心資料

下葵涌兒童體能智力測驗中心： 新界葵涌麗祖路 77 號下葵涌分科診所及特殊教育服務中心 2 字樓  
辦公時間： 星期一至五[註]  
上午 9 時至下午 1 時  
下午 2 時至 6 時  
電話：2370 1887 傳真號碼：2744 8579



[註] 為切合某些服務對象的需要，我們將在每月首個非公眾假期的星期六上午提供服務，以取代在星期五下午提供服務的安排。

## 用途聲明

### 收集資料的目的

當衛生署向病人及顧客提供服務及進行其他有關活動時，由病人或顧客所提供的個人資料，會由衛生署作以下用途：

- (a) 資格證明；
- (b) 化驗結果／檢驗／診斷研究／治療的紀錄，作繼續照料或供其他專業醫療人員參考用；
- (c) 同意進行特別治療／化驗；
- (d) 監察流行病；
- (e) 追查帶病者，以便跟進／治療；
- (f) 評估以提供社會援助；
- (g) 製備統計數字、進行研究或教學用；
- (h) 服務／人力發展與策劃；
- (i) 外間人士到訪／查詢／投訴的紀錄；及
- (j) 利便組織有關健康教育及社區聯絡的活動。

◇ 個人資料的提供，出於自願。如果你不提供充足的資料，我們可能無法證明你是否符合資格獲得某項服務或活動，因而不能為你提供服務／協助；又或我們即使仍然提供該項服務或協助，你亦須按不符合資格人士須繳的收費率（通常較高）繳費。

### 接受轉介人的類別

你所提供的個人資料，主要由本署內部使用，但亦可能於有所需時因以上第 1 段所列目的向其他政府部門或有關人士披露。此外，資料只可於你同意作出該種披露或作出該種披露是《個人資料（私隱）條例》所允許的情況下，才向有關方面披露。

### 查閱個人資料

根據《個人資料（私隱）條例》第 18 條及 22 條以及附表 1 第 6 原則所述，你有權查閱及修正個人資料，包括有權取得你於以上第 1 段所述情況下所提供的個人資料。應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

### 查詢

有關所提供個人資料（包括查閱及修正資料）的查詢，應送交：

兒科顧問醫生  
兒童體能智力測驗服務  
九龍九龍城亞皆老街 147L 號 2 字樓  
電話： 2246 6659  
網址： www.dhcas.gov.hk