

# 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:

中文姓名: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 性別: 男 女

英文姓名: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

出生日期 (以阿拉伯數字填寫): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(西曆) 日 月 年

出生地點:  香港  中國內地  其他(請註明) \_\_\_\_\_

香港身份證  出世紙 號碼: \_\_\_\_\_ ( )  
英文字 數字 校驗碼

其他身份證明文件類別: \_\_\_\_\_

其他身份證明文件號碼: \_\_\_\_\_

原籍國: \_\_\_\_\_ 評估時適用語言:  廣東話  普通話  英文  其他 \_\_\_\_\_

種族:  華人  白人  菲律賓人  印尼人  印度人  日本人

韓國人  尼泊爾人  巴基斯坦人  泰國人  其他(請註明) \_\_\_\_\_

兒童是:  香港永久居民  香港居民  
 持前往港澳通行證(慣稱單程證)  持往來港澳通行證(慣稱雙程證)  
 持旅客簽證  持學生簽證  
 持受養人簽證  其他(請註明)

兒童及/或其兄弟姐妹是否曾在本中心或其他兒童體能智力測驗中心登記?

是 (1) 兒童本人/兄弟姐妹姓名 \_\_\_\_\_ 中心名稱 \_\_\_\_\_  
(2) 兄弟姐妹姓名 \_\_\_\_\_ 中心名稱 \_\_\_\_\_  
(3) 兄弟姐妹姓名 \_\_\_\_\_ 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(可豁免醫療費用)?  是  否

兒童是否領取綜合社會保障援助(可豁免醫療費用)?  是  否

## II. 電話及地址:

本地住址: \_\_\_\_\_ 室 \_\_\_\_\_ 樓 \_\_\_\_\_ 座

大廈名稱 \_\_\_\_\_ 屋苑 \_\_\_\_\_

街號 \_\_\_\_\_ 街名 \_\_\_\_\_ 區域 \_\_\_\_\_

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

父親流動電話號碼: \_\_\_\_\_ 父親工作電話號碼: \_\_\_\_\_

母親流動電話號碼: \_\_\_\_\_ 母親工作電話號碼: \_\_\_\_\_

監護人流動電話號碼: \_\_\_\_\_ 監護人工作電話號碼: \_\_\_\_\_

請在適當方格內填上「✓」號

填寫資料後即成  
限閱文件

III. 父親資料：

中文姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

英文姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

出生日期 (以阿拉伯數字填寫)： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(西曆) 日 月 年

身份證明文件類別及其號碼： \_\_\_\_\_

- 父親是：
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 香港永久居民 | <input type="checkbox"/> 香港居民           |
| <input type="checkbox"/> 持單程證   | <input type="checkbox"/> 持雙程證           |
| <input type="checkbox"/> 持旅客簽證  | <input type="checkbox"/> 持工作簽證          |
| <input type="checkbox"/> 持受養人簽證 | <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____ |

職業： \_\_\_\_\_

教育程度：

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 從未接受教育          | <input type="checkbox"/> 預科 (中六/中七/香港中學文憑試/毅進計劃) |
| <input type="checkbox"/> 學前教育 (幼稚園/幼兒中心) | <input type="checkbox"/> 專上教育 (非學位課程)            |
| <input type="checkbox"/> 小學              | <input type="checkbox"/> 專上教育 (學位課程)             |
| <input type="checkbox"/> 初中 (中一至中三)      | <input type="checkbox"/> 其他 _____                |
| <input type="checkbox"/> 高中 (中四至中五)      |  |

IV. 母親資料：

中文姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

英文姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

出生日期 (以阿拉伯數字填寫)： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(西曆) 日 月 年

身份證明文件類別及其號碼： \_\_\_\_\_

- 母親是：
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 香港永久居民 | <input type="checkbox"/> 香港居民           |
| <input type="checkbox"/> 持單程證   | <input type="checkbox"/> 持雙程證           |
| <input type="checkbox"/> 持旅客簽證  | <input type="checkbox"/> 持工作簽證          |
| <input type="checkbox"/> 持受養人簽證 | <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____ |

職業： \_\_\_\_\_

教育程度：

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 從未接受教育          | <input type="checkbox"/> 預科 (中六/中七/香港中學文憑試/毅進計劃) |
| <input type="checkbox"/> 學前教育 (幼稚園/幼兒中心) | <input type="checkbox"/> 專上教育 (非學位課程)            |
| <input type="checkbox"/> 小學              | <input type="checkbox"/> 專上教育 (學位課程)             |
| <input type="checkbox"/> 初中 (中一至中三)      | <input type="checkbox"/> 其他 _____                |
| <input type="checkbox"/> 高中 (中四至中五)      |  |

請在適當方格內填上「✓」號

填寫資料後即成  
限閱文件

V. 監護人資料 (如父母不是兒童之監護人) :

中文姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

英文姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

與兒童之關係： \_\_\_\_\_

所屬機構： \_\_\_\_\_

本地聯絡電話： 

--	--	--	--	--	--	--	--

 聯絡人： \_\_\_\_\_

VI. 接收提示短訊：

本人**同意**在預約期前透過下述人士的香港流動電話號碼

接收提示短訊 (倘若本服務**將來**提供有關功能)。

(只選一項):  母親  父親  其他人士

香港流動電話號碼: \_\_\_\_\_

短訊語言 (只選一項):  中文  英文

請注意：衛生署不會確保閣下成功接收短訊。

請在適當方格內填上「✓」號

\*\*\*\*\*  
**注意事項**

請事先於辦公時間**致電**服務你居住處所地區之兒童體能智力測驗中心預約新症登記及護士的初步會見日期，並於預約當天攜帶以下**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. 兒童香港身份證明文件**正本** (如香港出世紙、兒童身份證、護照、簽證身份書、回港證等)
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。

**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，會供本署內部分享作以下用途：

- (a) 資格證明；
- (b) 提供服務包括但不限於臨床診症、診症預約安排及通知約期和顧客關係事宜；
- (c) 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；
- (d) 同意進行特別治療/化驗；
- (e) 監察流行病；
- (f) 追查無應診者，以便跟進/治療；
- (g) 登記/應診/管理的紀錄；
- (h) 評估以提供社會援助；
- (i) 製備統計數字、進行研究或教學用；
- (j) 服務/人力發展與策劃；
- (k) 外間人士到訪/查詢/投訴的紀錄；
- (l) 跟進繳費事宜及審計用途；及
- (m) 利便組織有關健康教育及社區聯絡的活動。



填寫資料後即成  
限閱文件

- ✧ 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／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前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，包括有權取得你於前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：

九龍九龍城亞皆老街 147L 號 2 字樓  
高級行政主任(兒童體能智力測驗服務)

電話：2246 6659

網址：www.dhcas.gov.hk

中心資料以供參考 ([https://www.dhcas.gov.hk/tc/center\\_info.html](https://www.dhcas.gov.hk/tc/center_info.html))

中心名稱	電話	地址	服務地區
中九龍兒童體能智力測驗中心	2246 6633	九龍九龍城亞皆老街147L號2字樓	九龍城、油尖旺及深水埗(石硤尾、元州、蘇屋、李鄭屋、白田、龍坪、南山、大坑東、大坑西、畢架山、帝景峰、澤安、又一村、寶麗)
粉嶺兒童體能智力測驗中心	2639 1402	新界粉嶺璧峰路2號粉嶺健康中心4字樓	大埔、北區及元朗
下葵涌兒童體能智力測驗中心	2370 1887	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	葵青、離島、荃灣及深水埗(南昌、幸福、麗閣、麗安、怡閣、富昌、海麗、荔枝角、長沙灣邨、榮昌、美孚)
牛頭角兒童體能智力測驗中心	2921 1028	九龍牛頭角定安街60號牛頭角賽馬會診所1字樓	香港島及牛頭角(九龍灣、坪石、麗晶、彩德、彩盈、彩福、彩霞、淘大、德福、牛頭角、樂華、啟業、德寶)
尤德夫人兒童體能智力測驗中心 (觀塘)	2727 8474	九龍觀塘茶果嶺道79號3字樓	觀塘及西貢
尤德夫人兒童體能智力測驗中心 (沙田)	2210 1600	新界沙田插桅杆街31-33號2字樓	沙田及黃大仙
屯門兒童體能智力測驗中心	2468 5261	新界屯門青松觀路屯門醫院特別座地下	屯門及天水圍

填寫資料後即成  
限閱文件