

ST. STEPHEN'S COLLEGE

Boarding Student Medical Examination Record

Name (Chinese) : _____ (English) : _____
 中文姓名 英文姓名
 Sex: M / F Date of Birth : _____ Admission No. : _____ Class : _____
 性別 出生日期 入學編號 班別

	Name 姓名	Contact 聯絡電話
Name of Parents / Guardian : 父母或監護人姓名	(1)	
	(2)	
Person for Emergency Contact : (Except Parents & Guardian) 緊急事故聯絡人姓名 (父母或監護人以外)	(1)	
	(2)	

The information below must be filled by a registered medical practitioner in Hong Kong.
 以下部分的資料必需由香港註冊西醫填寫

Medical Examination Report			
Height 體高	_____ cm (厘米)	Weight 體重	_____ kg (千克)
Blood pressure 血壓	_____ / _____	Pulse 脈搏	_____ / min. 每分鐘
Vision 視力	Normal 正常 <input type="checkbox"/>	*Abnormal 不正常 <input type="checkbox"/>	_____
Eye disease 眼疾	Nil 無 <input type="checkbox"/>	*Yes 有 <input type="checkbox"/>	_____
Hearing 聽力	Normal 正常 <input type="checkbox"/>	*Abnormal 不正常 <input type="checkbox"/>	_____
Ear disease 耳疾	Nil 無 <input type="checkbox"/>	*Yes 有 <input type="checkbox"/>	_____
Nose disease 鼻疾	Nil 無 <input type="checkbox"/>	*Yes 有 <input type="checkbox"/>	_____
Tonsils 扁桃腺	Normal 正常 <input type="checkbox"/>	*Abnormal 不正常 <input type="checkbox"/>	_____
Respiration 呼吸	Normal 正常 <input type="checkbox"/>	*Abnormal 不正常 <input type="checkbox"/>	_____
Lung disease 肺病	Nil 無 <input type="checkbox"/>	*Yes 有 <input type="checkbox"/>	_____
Heart disease 心臟病	Normal 正常 <input type="checkbox"/>	*Abnormal 不正常 <input type="checkbox"/>	_____
Skin disease 皮膚病	Nil 無 <input type="checkbox"/>	*Yes 有 <input type="checkbox"/>	_____
Reflex 神經反射	Normal 正常 <input type="checkbox"/>	*Abnormal 不正常 <input type="checkbox"/>	_____
*Please specify			
Remarks (備註) : _____			
Medication List (For chronic illnesses) 藥物名單			
Name of Drug and Dosage 藥物名稱及劑量	Commenced on 開始日期	Stopped on 停止日期	

MEDICAL HISTORY 病歷

Please mark '✓' in the appropriate box and specify details where appropriate.

如有以下情況，請在適當格內註明 '✓' 記號及列出詳情。

Details of Disease 疾病資料

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | G6PD deficiency | 六磷酸葡萄糖去氫醇素缺乏症 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Bronchial asthma | 哮喘 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Epilepsy | 癲癇 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Fits due to fever | 高熱引致抽搐 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Kidney disease | 腎病 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Heart disease | 心臟病 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus | 糖尿病 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Hearing defect | 聽覺不健全 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Haemophilia | 血友病 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Anaemia | 貧血 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Other blood disease | 其他血病 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Allergy to drugs | 藥物敏感 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Allergy to vaccines | 疫苗敏感 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Allergy to food | 食物敏感 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Other allergies | 其他敏感 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Measles | 麻疹 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Mumps | 腮腺炎 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Rubella | 德國麻疹 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Viral hepatitis | 病毒性肝炎 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Chickenpox | 水痘 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Whooping cough | 百日咳 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | 肺結核 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Minor operation | 小手術 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Major operation | 大手術 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Others | 其他 | _____ |

~~~~~  
Name of Clinic : \_\_\_\_\_ Telephone No. 電話 : \_\_\_\_\_

診所名稱

Address : \_\_\_\_\_

地址

Signature of Doctor : \_\_\_\_\_

醫生簽署

Date : \_\_\_\_\_ Chop of Clinic : \_\_\_\_\_ Name of Doctor : \_\_\_\_\_

日期

診所印章

醫生姓名