

The following must be completed by a registered medical practitioner² in Hong Kong 以下資料必須由一位香港註冊西醫²填寫

² A person registered under the Medical Registration Ordinance (Cap. 161) 根據《醫生註冊條例》(第 161 章) 註冊為醫生的人

Medical History (Please check the appropriate box and specify details where appropriate)

病歷紀錄 (如有以下情況，請在適當格內註明及列出詳情)

Illness 疾病	Details of the disease 疾病資料
<input type="checkbox"/> Asthma 哮喘	<input type="checkbox"/> Intermittent 間歇性 <input type="checkbox"/> Persistent 持久性
<input type="checkbox"/> Epilepsy / Seizures 癲癇 / 抽搐	Date of last occurrence 最近發生日期：
<input type="checkbox"/> Allergies 敏感 <input type="checkbox"/> Life-threatening 有生命危險 <input type="checkbox"/> Non Life-threatening 無生命危險	Allergen(s) 致敏原：
<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	
<input type="checkbox"/> G6PD deficiency 六磷酸葡萄糖去氫酵素缺乏症	
<input type="checkbox"/> Kidney disease 腎病	
<input type="checkbox"/> Heart disease 心臟病	
<input type="checkbox"/> Other endocrinological diseases 其他內分泌疾病	
<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"/> Gastrointestinal disease 腸胃疾病	
<input type="checkbox"/> ENT disease 耳鼻喉疾病	
<input type="checkbox"/> Eye disease 眼疾	
<input type="checkbox"/> Skin disease 皮膚病	
<input type="checkbox"/> Psychiatric illness 精神疾病	
<input type="checkbox"/> Operation 手術	
<input type="checkbox"/> Others 其他	

Medication for chronic disease(s) 慢性疾病藥物

Name of drug 藥物名稱	Commenced on 開始日期	Stopped on 停止日期

Information of Clinic 醫務所資料

Name of Clinic 醫務所名稱		Tel 聯絡電話	
Address 地址			
Stamp of Clinic 醫務所印章		Signature of Doctor 醫生簽署	
		Name of Doctor 醫生姓名	
		Date 日期	