

有關學童牙科保健及學生健康服務事宜(六年級)

敬啟者：本年度學童牙科保健計劃及學生健康服務現已開始接受報名，如屬香港居民，牙科保健費為港幣三十元正(經學校收費系統繳交)，學生健康服務免費。申請上述兩項服務的截止日期為九月十五日(二)，逾時概不受理，祈請留意為荷。

附註：1. 家長可下載表格(附件一)，填妥後按以下連結，然後登入學生帳戶(如 sxxxxxx@cloud.pgms.edu.hk) 提交表格或回校領取申請表，填妥後交回校務處。

班別	連結	QR code	班別	連結	QR code
6A	<a href="https://reurl.cc/EzZQdv">https://reurl.cc/EzZQdv</a>		6C	<a href="https://reurl.cc/4m3N0v">https://reurl.cc/4m3N0v</a>	
6B	<a href="https://reurl.cc/8n29g4">https://reurl.cc/8n29g4</a>		6D	<a href="https://reurl.cc/VX5WdA">https://reurl.cc/VX5WdA</a>	

2. 牙科保健計劃為政府對學童提供一般性之牙科醫療服務，包括檢驗牙齒、補牙、清潔牙齒等。

3. 如學童屬非符合資格人士，牙科保健須要繳付725元，學生健康服務須繳付535元。

此致

學生家長台啟

校長：馬慶輝

✂-----✂-----

有關學童牙科保健及學生健康服務事回條

敬覆者：本人為學生\_\_\_\_\_ ( )班別：\_\_\_\_\_之家長，已詳閱有關「學童牙科保健及學生健康服務」之通告。並同意其

1.  參加學生健康服務  
 不參加學生健康服務
2.  參加牙科保健  
 不參加牙科保健

此致

五旬節斬茂生小學

家長簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

註：1. 請在適當之□內加✓

2. 兩項服務均不參加者，毋須交回申請表格

學生資料

此部分必須填寫，並請在適當空格內加上

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)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																										
學校名稱		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 全日	班別																											
下列各類證件，請選一項： <input type="checkbox"/> 香港永久性居民身份證 <input type="checkbox"/> 香港身份證 (須待查核是否屬“符合資格人士”) <input type="checkbox"/> 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” <input type="checkbox"/> 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”(學生須出示其他身份證明文件來證明是“符合資格人士”，否則須按“非符合資格人士”的收費率繳費) <input type="checkbox"/> 香港特別行政區護照 <input type="checkbox"/> 香港特別行政區回港證 <input type="checkbox"/> 香港特別行政區簽證身份書(具有在香港逗留的有效簽證) <input type="checkbox"/> 有效旅行證件(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 <input type="checkbox"/> 有效旅行證件(護照)，其上有在香港“無條件限制逗留”的標籤/蓋印 <input type="checkbox"/> 有效旅行證件(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 <input type="checkbox"/> 旅行證件(例如：護照、雙程證)，其上顯示持證人是“訪客”/擔保書(俗稱“行街紙”)持有人 (須按“非符合資格人士”的收費率繳費) <input type="checkbox"/> 其他身份證明文件，請註明 _____			證件號碼： <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					出生日期 日 月 年 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
學生編號 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (請參考上學期學生手冊 / 成績表) (小一學生的學生編號見於小一派位證)													學童牙科保健編號 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><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)											出生地點  抵港日期 (在香港出生者不用填寫) 月 年 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
			家長 / 監護人 日間聯絡電話號碼 (註：可作電話聯絡及接收短訊之用)																											
			住宅電話號碼 / 其它 手提電話號碼																											

學生病歷

請如貴子女曾患有以上疾病，

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)

<input type="checkbox"/> M1 先天性心臟病 Congenital Heart Disease	<input type="checkbox"/> M7 風濕性心臟病 Rheumatic Heart Disease	<input type="checkbox"/> M13 其他心臟病 *請註明 Other Heart Diseases
<input type="checkbox"/> M2 血友病 Haemophilia	<input type="checkbox"/> M9 乙型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> M14 其他血病 *請註明 Other Blood Diseases
<input type="checkbox"/> M4 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> M10 愛滋病病毒感染 / 愛滋病 HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> M15 其他肝病 *請註明 Other Liver Diseases
<input type="checkbox"/> M5 腦癇症(俗稱“發羊吊”) Epilepsy	<input type="checkbox"/> M11 哮喘 Asthma	<input type="checkbox"/> M16 其他傳染病 *請註明 Other Infectious Diseases
<input type="checkbox"/> M6 葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症 G6PD Deficiency	<input type="checkbox"/> M12 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> M17 腎病 Kidney Disease
<input type="checkbox"/> M8 地中海貧血 Thalassaemia	<input type="checkbox"/> M23 專注力失調 / 過度活躍症 ADHD	<input type="checkbox"/> M24 自閉症 Autistic Spectrum Disorder
<input type="checkbox"/> M18 遺傳病 *請註明 Hereditary Disorder	<input type="checkbox"/> M19 長期服用藥物 *請註明 Long Term Medication	
<input type="checkbox"/> M20 曾接受的手術 *請註明手術類別及有關年份 Operations	<input type="checkbox"/> M21 藥物過敏反應 *請註明 Allergies to Drugs	
<input type="checkbox"/> M22 其他病患 *請註明 Other Medical Conditions		

同意書及聲明

此部分必須填寫，加上

**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。  
 [學生如屬“符合資格人士”，可免費使用學生健康服務；如屬“非符合資格人士”，則須在檢查當日繳付憲報刊登的年費(現行收費為港幣 535 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 2020 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 30 元，一併交回學校。學生如屬“非符合資格人士”，則須在收到“學童牙科保健服務”通知後，繳付費用差額港幣 695 元。)

家長 / 監護人簽署 

--

 與學生關係  父  
 母  
 監護人  
(請用原子筆 / 墨水筆)

家長 / 監護人姓名 

--

 (請用正楷) 日期 \_\_\_\_\_

請沿此線撕下

學生姓名

\_\_\_\_\_

地址

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

學生姓名

\_\_\_\_\_

地址

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_