

目的 Purpose

此表格供私家醫生轉介有需要病人至醫院管理局轄下的專科門診。

This referral form is for referrals made by private practitioners to Hospital Authority (HA) Specialist Outpatient Service (SOP).

I. 病人資料 Patient Demographic Information

姓名 : _____ (English) _____ (中文)
Name

性別 / 年齡 : _____ / _____ 香港身份證 : _____
Sex / Age HKID

或可貼上病人標籤 (如有)
Or affix patient label (if any)

II. 臨床資訊 Clinical Information

轉介專科/分科 (如適用)
a. Referring specialty / sub-specialty (if applicable) :

主要病徵 (持續時間)
b. Major complaints / symptoms (duration) :

其他相關資料，如檢查 (包括化驗或放射報告)，現時服用藥物等等
c. Other relevant information :
e.g. investigation (including laboratory / radiology report), current medication etc.

III. 轉介醫生資料 Information of Referring Doctor

轉介醫生 : _____ 電話 : _____
Referring doctor Phone

簽署 : _____ 傳真 : _____
Signature Fax

日期 : _____
Date

公司印章
Company Chop

IV. 特別注意事項補充資料(如適用) Supplementary Information for Special Attention (if applicable)