衞生署

胸肺服務
醫療報告/醫療記錄副本/ X 光片*/光碟@申請表格

申請須知

1. 申請文件
申請人應填妥申請表格，並連同以下文件提交：
a. 病人的身份證明文件副本。
b. 如病人未滿十八歲，請額外提交 (i)病人的出生證明書副本，(ii) 申請人(家長或其監護人)身份證明文件副本及 (iii) 如申請人為監護人，請提交監護人證明文件副本。
c. 如申請由病人代表/第三方（ 例如:保險公司、律師事務所等）提出，請額外提交 (i)已獲病人授權的證明文件及 (ii)申請人的身份證明文件副本（申請人為公司如保險公司、律師事務所，則不適用）。
d. 如申請已故病人的資料，請同時提交 (i) 病人的死亡證明副本，(ii) 申請人的身份證明文件副本，以及 (iii) 顯示申請人與已故病人關係的證明文件（例如結婚證書、出生證明等）。
在申請過程中，申請人可能需要提供補充資料或文件。如資料有錯漏，可能導致申請延遲處理或失敗。

2. 收費
a. 每一份醫療報告現時收費為港幣 960 元。如索取X光片或光碟副本，需支付處理費和複印費用，處理費為每次 76 港元，複印費用為每張 230 港元。申請醫療記錄副本需繳交影印費用，胸肺服務診所/ X光中心職員經初步核算後，會另行通知申請人須繳付的金額。所需費用須在申請時一併支付。
b. 請以劃線支票繳款，支票抬頭請寫明「香港特別行政區政府」，並在支票背面寫上申請人的姓名、身份證明文件號碼及聯絡電話號碼。
c. 如以現金或轉數快方式繳款，請於胸肺服務診所/ X光中心登記時間內親自前往付款（請參閱連結或表格一的地址）。請勿郵寄現金。一經確認申請，費用不作退還。
d. 一般繳款單會以電郵或郵寄發送至選擇以郵寄方式收取醫療報告/ X光片或光碟副本的申請人。有關一般繳費單的付款方法，請瀏覽以下網頁:
   - https://www.try.gov.hk/cinternet/chcoll_gendenenquiry.html

3. 提交申請
申請人可親自提交申請或郵寄至相關的胸肺服務診所/ X光中心（請參閱表格一的地址）。

4. 申請處理時間
在確認收妥所有所需資料及相關費用後，我們便會處理你的申請，一般需時約三至四週。醫療報告及/或醫療記錄副本，會連同正式收據送往申請表上註明的領取點或收件地址。至於X光片和/或光碟副本，請到相關的胸肺服務診所/ X光中心親自領取（詳細信息請參閱連結）。當有關文件準備好可供領取時，胸肺服務診所/ X光中心職員會聯絡申請人。收到通知後，申請人必須於三個月內領取所申請的文件，否則文件將被銷毀而所收款項亦不會退回。

5. 格式
所有醫療報告/醫療記錄均以英文簽發。醫療報告/醫療記錄/X光片或光碟副本的形式由衞生署決定。

6. 用途聲明
申請時所提供的個人資料，衞生署將用作處理相關的申請及管理記錄用途。詳情請參閱收集個人資料的用途聲明。

7. 查詢
如有任何查詢，請與相關的胸肺服務診所/ X光中心職員聯絡，詳細信息請參閱連結。

衞生署

胸肺服務
醫療報告/醫療記錄副本/ X 光片*/光碟@申請表格

表格一

胸肺服務診所	地址
全日開放的胸肺科診所	
港島	
西營盤胸肺科診所	香港西營盤皇后大道西134號 西營盤賽馬會分科診所2樓
筲箕灣胸肺科診所	香港筲箕灣柴灣道8號 筲箕灣賽馬會分科診所2樓
灣仔胸肺科診所	香港灣仔堅尼地道99號 灣仔分科診所1樓
九龍	
東九龍胸肺科診所	九龍鑽石山斧山道160號 東九龍分科診所地下
九龍胸肺科診所	九龍旺角亞皆老街147A地下
石硤尾胸肺科診所^ *(暫停所有服務，直至石硤尾社區健康中心大樓於原址完成興建)*	九龍石硤尾巴域街2號 石硤尾健康院1樓 ***[郵寄地址: 香港灣仔堅尼地道99號 灣仔分科診所2樓]***
油麻地胸肺科診所	九龍油麻地炮台街145號 油麻地賽馬會分科診所2樓
容鳳書胸肺科診所*	九龍觀塘茶果嶺道79號 容鳳書紀念中心1樓
新界及離島	
南葵涌胸肺科診所	新界葵涌葵盛圍310號地下
大埔胸肺科診所	新界大埔汀角路37號 大埔賽馬會診所1樓
仁愛胸肺科診所	新界屯門屯利街6號 仁愛分科診所2樓
圓洲角胸肺科診所	新界沙田插桅桿街29號1樓
*非全日開放的胸肺科診所^*	
長洲胸肺科診所*	長洲東灣長洲醫院路 長洲醫院地下 ***[郵寄地址: 香港灣仔堅尼地道99號 灣仔分科診所1樓]***
西貢胸肺科診所	新界西貢萬年街23號 方逸華診所地下 ***[郵寄地址: 新界沙田插桅桿街29號1樓]***
上水胸肺科診所	新界上水馬會道108號 石湖墟賽馬會診所1樓 ***[郵寄地址: 新界沙田插桅桿街29號1樓]***
東涌胸肺科診所	大嶼山東涌富東街6號 東涌健康中心1樓 ***[郵寄地址: 大嶼山東涌富東街6號東涌健康中心1樓]***
元朗胸肺科診所	新界元朗青山公路269號 元朗賽馬會健康院地下 ***[郵寄地址: 新界沙田插桅桿街29號1樓]***
X光中心	
西營盤X光檢驗中心	香港西營盤皇后大道西134號 西營盤賽馬會分科診所7樓
九龍灣X光診斷中心	九龍灣啓仁街9號 九龍灣健康中心10樓
粉嶺X光診斷中心	新界粉嶺璧峰路2號 粉嶺健康中心5樓
肺塵埃沉着病診所	
肺塵埃沉着病診所	香港筲箕灣柴灣道8號 筲箕灣賽馬會分科診所4樓

^ 如需郵寄至石硤尾胸肺科診所或非全日開放的胸肺科診所，請寄至所列郵寄地址。
** 如申請容鳳書胸肺科診所及長洲胸肺科診所的X光片/光碟複印服務，請先聯絡該胸肺服務診所。*
@ X 光光碟僅適用於以電子格式儲存 X 光的情況。

衞生署

胸肺服務
醫療報告/醫療記錄副本/ X 光片*/光碟@申請表格

致:

☐ 西營盤胸肺科診所	☐ 筲箕灣胸肺科診所	☐ 灣仔胸肺科診所
☐ 東九龍胸肺科診所	☐ 九龍胸肺科診所	☐ 石硤尾胸肺科診所
☐ 油麻地胸肺科診所	☐ 容鳳書胸肺科診所*	☐ 南葵涌胸肺科診所
☐ 大埔胸肺科診所	☐ 仁愛胸肺科診所	☐ 圓洲角胸肺科診所
☐ 長洲胸肺科診所*	☐ 西貢胸肺科診所	☐ 上水胸肺科診所
☐ 東涌胸肺科診所	☐ 元朗胸肺科診所	☐ 肺塵埃沉着病診所
☐ 西營盤X光檢驗中心	☐ 九龍灣X光診斷中心	☐ 粉嶺X光診斷中心

(注意: 每份表格只供向其中一間診所/中心提交申請)

第一部分: 申請人資料

申請人是否病人本人 ☐是*(請填寫第一部分)* ☐否*(請填寫第一及第二部分)*

姓名: _____
(英文) (中文)

性別: ☐ 男 ☐女 電郵: _____

身份證號碼: _____ 或 護照號碼: _____

通訊地址:

區域 (香港/九龍/新界): _____ 地區: _____ 街道: _____

屋邨 _____ 樓宇 _____ 樓宇座號: _____

樓層 _____ 室/單位 _____ 聯絡電話: _____

第二部分: 病人資料 (適用於非病人本人提出的申請)

(注意: 請同時提交「申請須知」第一段提及的申請所需的文件，以便處理申請。)

姓名: _____
(英文) (中文)

性別: ☐ 男 ☐女 與申請人關係: _____

身份證號碼: _____ 或 護照號碼: _____

通訊地址:

區域 (香港/九龍/新界): _____ 地區: _____ 街道: _____

屋邨: _____ 樓宇: _____ 樓宇座號: _____

樓層: _____ 室/單位: _____ 聯絡電話: _____

☐請於適當方格內加「✓」

* 如申請容鳳書胸肺科診所及長洲胸肺科診所的X光片/光碟複印服務，請先聯絡該胸肺服務診所。

@X 光光碟僅適用於以電子格式儲存 X 光的情況。

衞生署

胸肺服務
醫療報告/醫療記錄副本/ X 光片 */光碟@申請表格

第三部分: 申請醫療報告/醫療記錄副本/ X 光片/光碟項目詳情

☐ 醫療報告

☐ 醫生診症記錄 期間: 由 _____ 至 _____

☐ 化驗報告（請註明化驗類別） 期間: 由 _____ 至 _____

_____

☐ X 光片 * 期間: 由 _____ 至 _____

☐ X 光光碟@ 期間: 由 _____ 至 _____

☐ 其他*(請註明)*: _____ 期間: 由 _____ 至 _____

第四部分:申請之用途

☐ 醫療用途
(注意: 請提交相關文件，例如醫生信)

☐ 保險索償

☐ 個人記錄

☐ 其他 *(請註明)*: _____

第五部分:收費方法

☐ 到所屬的胸肺服務診所/ X光中心以現金/轉數快/支票方式繳交。

☐ 按衞生署發出的「一般繳費單」內所提供的繳款方法繳款。請把「一般繳費單」傳送到我的電子郵箱。

☐ 按衞生署發出的「一般繳費單」內所提供的繳款方法繳款。請把「一般繳費單」寄往我在香港特別行政區的通訊地址。

第六部分:領取方法

☐ 親自於胸肺服務診所/ X光中心領取

☐ 以掛號方式郵寄至**

☐ 申請人通訊地址 (與第一部分相同)

☐ 以下收件人/機構:

收件人姓名: _____

收件人通訊地址:

區域(香港/九龍/新界): _____ 地區: _____ 街道: _____

屋邨: _____ 樓宇: _____ 樓宇座號: _____

樓層: _____ 室/單位: _____ 收件人聯絡電話: _____

**不適用於X光片和/或光碟

第七部分: 聲明及同意書
☐ 本人已閱讀並明白上述「申請須知」。 ☐ 本人謹此聲明在本表格內提供的資料準確無訛。本人簽署此表格代表本人同意/已獲病人授權#衞生署胸肺服務透露及發出是次申請的醫療報告/醫療記錄副本/ X 光片/光碟給予本人/第五部分所填寫之收件人/機構#。 申請人/病人簽署: _____ 申請人/病人姓名: _____ 日期: _____

請刪去不適用者
☐請於適當方格內加「✓」
* 如申請容鳳書胸肺科診所及長洲胸肺科診所的X光片/光碟複印服務，請先聯絡該胸肺服務診所。
@X 光光碟僅適用於以電子格式儲存 X 光的情況。