

5. 病人曾否患有其他疾病？如有，請提供下列資料。

Has the patient ever suffered or is suffering from any other illnesses? If yes, please provide details below.

- a. 求診或住院日期
Consultation date or hospital admission date
- b. 診斷
Diagnosis

日 DD	月 MM	年 YYYY

- c. 首次求診日期
Date of the first consultation for this condition
- d. 醫生姓名或醫院名稱
Name of physician or hospital

日 DD	月 MM	年 YYYY

- e. 所接受的治療（請提供手術名稱，如有） Treatments given (please state name of surgical procedure if it had been or will be performed)

- f. 手術日期 Date of Operation
- g. 檢驗或化驗名稱 Diagnostic tool

日 DD	月 MM	年 YYYY

- h. 病理化驗結果 Results of any Histopathological study

6. 病人曾否患有以上列出或相關疾病？如有，請提供下列資料。

Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illnesses? If yes, please provide details below.

- a. 求診或住院日期
Consultation date or hospital admission date
- b. 診斷
Diagnosis

日 DD	月 MM	年 YYYY

- c. 首次求診日期
Date of the first consultation for this condition
- d. 醫生姓名或醫院名稱
Name of physician or hospital

日 DD	月 MM	年 YYYY

- e. 所接受的治療（請提供手術名稱，如有） Treatments given (please state name of surgical procedure if it had been or will be performed)

- f. 手術日期 Date of Operation
- g. 檢驗或化驗名稱 Diagnostic tool

日 DD	月 MM	年 YYYY

- h. 病理化驗結果 Results of any Histopathological study

7. 請提供病人過往曾患有上述手術之相關病史資料 Please provide past history of the surgery specified above or related disease

日期 Date 醫生 / 醫院 Physician / Hospital 診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address 電話號碼 Telephone Number

日 DD	月 MM	年 YYYY

日 DD	月 MM	年 YYYY



8. 請提供病人過往的健康紀錄資料 Please provide information of the past health history of the patient

日期 Date

醫生 / 醫院 Physician / Hospital

診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address

電話號碼 Telephone Number

日 DD	月 MM	年 YYYY
(首次求診 First consultation)		

日 DD	月 MM	年 YYYY

日 DD	月 MM	年 YYYY

註：請附上病理學報告、內窺鏡報告、診斷性化驗 / 實驗室測試報告及 / 或手術室撮要副本

Note: Please attach copies of histopathology report, endoscopic report, diagnostic / laboratory tests report and/or operating theatre summary

醫生資料 Physician Information

醫生姓名
Name of Physician

醫生 / 醫院簽署及蓋章
Signature and Official Stamp of Physician / Hospital

醫學及專業資格
Qualification and Specialty

診所 / 醫院之地址
Address of Clinic / Hospital

電話號碼
Telephone Number

日期 (日 / 月 / 年)
Date (DD/MM/YYYY)

