



仁濟醫院
Yan Chai Hospital

護心臟 愛心傳承計劃
一次性免費冠狀動脈電腦掃描檢查申請表

申請編號：_____

資助

不獲資助

批核編號：_____

批核人：_____

1. 申請人資料

中文姓名：_____

英文姓名：_____

香港身份證號碼：_____

性別： 男 女

出生日期：_____年 _____月 _____日

年齡：_____ 聯絡電話：_____

地址：_____

2. 經本人臨床檢查後，證實申請人初步符合「護心臟 愛心傳承計劃」的申請資格：(必須由公立醫院或私營醫療機構之心臟專科醫生評估、填寫診斷及簽署)

* 若此部份推薦資料不齊全，申請將不被受理。*

** 請在下列空格上加上：「✓」。**

是

否 (不符合申請資格)

醫生姓名 (正楷)：_____

心臟專科醫生簽署：_____

日期：_____

3. 家人或親屬資料

| 姓名 | 年齡 | 性別 | 與申請人關係 | 職業 | 收入 | 是否與申請人同住 | 備註 |
|----|----|----|--------|----|----|---|----|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |

