



敬牧者：

報讀 教牧基礎學位課程 或 其他課程而須入住本院宿舍 的申請人均須提交健康報告。申請人需先行填妥**健康報告第 1-2 頁**，再前往政府認可之西醫進行身體檢查，由醫生填寫**健康報告第 3 頁**後，申請人將已填妥的健康報告，以電郵附件寄回 absadmission@abs.edu 或 直接郵寄至本院入學處收(香港長洲長洲山頂道 22 號)。

健康報告 Medical Report

密件 Confidential

申請人姓名： _____ 年齡： _____ 性別： _____

報讀課程： _____

家人健康狀況： (如下表位置不足，請另以附頁填寫，一併遞交)

	姓名	年齡	職業	所患病症／離世	若亡，請寫明死因、日期
父					
母					
兄弟姊妹					

父母的同住情況(請✓)： 同住 分居 離婚 其他： _____

家中有哪位成員曾患下列之病症／出現以下情況？

Dementia 認知障礙症 _____	Parkinson's disease 柏金遜症 _____	Stroke 中風 _____
Renal disease 腎病 _____	Epilepsy 癲癇 _____	Tuberculosis 肺結核 _____
High blood pressure 高血壓 _____	Diabetes mellitus 糖尿病 _____	Asthma 哮喘症 _____
Mental disorder 精神病 _____	Mood disorder 情緒病 _____	Attempt suicide 企圖自殺 _____
Cancer 癌症 _____	Heart disease 心臟病 _____	

家中有哪位成員於最近一年內去世或突然去世、原因：



申請者的病歷 (寫明病發及痊癒之年日或大概年齡)

Allergy 過敏症: _____	High blood pressure 高血壓: _____	Asthma 哮喘症: _____
Epilepsy 癲癇: _____	Cancer 癌症: _____	Renal disease 腎病: _____
Diabetes mellitus 糖尿病: _____	Heart disease 心臟病: _____	Pneumonia 肺炎: _____
Skin problem 皮膚病: _____	Rheumatoid Arthritis 類風濕關節炎: _____	Tuberculosis 肺病: _____
Psychosomatic 身心症: _____	Lupus Erythematosus 紅斑性狼瘡: _____	HIV Carrier HIV 帶原者: _____
Anxiety disorder 焦慮症: _____	Depression 抑鬱症: _____	Mental disorder 思覺失調/精神病: _____

長時間失眠或精神緊張: _____

需要服食安眠藥或鎮靜劑: _____

曾受過的意外/創傷: _____

曾有自殺的意念或嘗試自殺: _____

現在仍需要經常服用的藥物: _____

現時身體經常有的痛楚部位: _____

	是 <input checked="" type="checkbox"/>	年期 / 歲數	已戒除 <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	何時戒除?	怎樣得到解脫?
曾吸煙?					
曾酗酒?					
曾吸毒?					
曾賭博?					

曾入醫院留醫的日期: _____ 原因: _____

最近照 X 光的日期: _____ 結果: 正常 異常 註明: _____

曾接受輔導: 否 是 個人 輔導 婚姻 輔導 家庭 輔導 其他 輔導: _____

輔導機構: _____ 輔導日期: _____

按本人所知上述資料是正確無偽的。

申請人簽署: _____

簽署日期: _____

收集個人資料聲明:

閣下於填寫以上資料時所遞交的個人資料只用於處理閣下的申請, 及作其他與此目的直接有關之用途。閣下不一定要提供個人資料, 但如閣下不提供所需的個人資料, 本院則有可能無法處理閣下的申請而導致申請延誤或拒絕受理。有關本聲明的查詢或要求存取或修改本院管有的閣下的個人資料, 請電郵 absadmin@abs.edu 或致電 2981-0345 至與本院的行政部聯絡。詳情請參閱本院 [私隱政策](#)。



Medical Examiner's Report

Name of Patient: _____

Height: _____ Weight: _____ Blood pressure: _____

Vision R.: _____ Vision L.: _____ Pulse: _____

Hearing R.: _____ Hearing L.: _____

Normal Check✓		Abnormal Check✓	Remarks
_____	General appearance	_____	_____
_____	Skin, scalp and face	_____	_____
_____	Lymph nodes	_____	_____
_____	Eyes	_____	_____
_____	Ears	_____	_____
_____	Nose	_____	_____
_____	Mouth, teeth and gums	_____	_____
_____	Throat	_____	_____
_____	Breath	_____	_____
_____	Neck	_____	_____
_____	Thorax and Breast	_____	_____
_____	Lungs	_____	_____
_____	Heart	_____	_____
_____	Back	_____	_____
_____	Abdomen	_____	_____
_____	Sacral area	_____	_____
_____	Extremities	_____	_____
_____	Neurological	_____	_____

Urine Report : _____

Blood test : (if necessary) _____

X - ray (Lungs) : _____

In your opinion, is there anything about this student's condition that would hinder him / her in pursuing his / her seminary career, or in dormitory living?

Yes No If yes, please explain: _____

Doctor's Name: _____ Doctor's Signature: _____

Doctor's Address: _____

Date of this examination: _____ Tel: _____

Personal Information Collection Statement:

The personal data submitted by you in completing this form will be used for the purpose of processing the application and for other purposes directly related to this purpose. You are not obliged to provide personal data, but if you do not provide the required personal data, we may not be able to process the application, resulting in delay or rejection of the application. For any enquiries in regard to this statement or to request access to or correction of your personal data, please contact our Administration Department at absadmin@abs.edu or (852) 2981-0345. For details, please refer to our Privacy Policy (私隱政策).