



香港醫學抗衰老診所 Hong Kong Anti Aging Clinic

具體行程 (請按需要另加紙張填寫)				
目的地 (城市, 國家)	日期	旅行的性質(請在方格內加上 ✓ 或 圈出合適內容)		
		旅行目的:	住所	旅行中的活動
		<input type="checkbox"/> 公幹	<input type="checkbox"/> 酒店/宿舍	<input type="checkbox"/> 航空
		<input type="checkbox"/> 求學	<input type="checkbox"/> 私人住宅	<input type="checkbox"/> 公共交通
		<input type="checkbox"/> 探親	<input type="checkbox"/> 露營	<input type="checkbox"/> 騎自行車
		<input type="checkbox"/> 參觀旅遊區	<input type="checkbox"/> 郵輪	<input type="checkbox"/> 騎水上運動
		<input type="checkbox"/> 戶外活動	<input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 攀巖 / 遠足
返港日期		<input type="checkbox"/> 義工服務		<input type="checkbox"/> 探訪: 學校 / 醫院 / 貧民窟
持續時間 (天)		<input type="checkbox"/> 其他: _____		<input type="checkbox"/> 衛生保健工作
				<input type="checkbox"/> 與動物接觸
				<input type="checkbox"/> 其他: _____
健康情況:			(請圈出 '是' 或 '否')	
1. 你有以下病歷嗎?				
慢性疾病, 如心臟、腎臟或肝臟疾病?			是 / 否	
癲癇?			是 / 否	
情緒障礙或精神病?			是 / 否	
牛皮癬?			是 / 否	
G6PD 缺乏症?			是 / 否	
其他疾病(如有, 請註明: _____)			是 / 否	
2. 你現有懷孕或計劃懷孕嗎?			是 / 否	
3. 你現有餵哺母乳嗎?			是 / 否	
4. 你是否有長期病患需定時覆診?			是 / 否 (如有, 請註明: _____)	
5. 你是否正在接受任何藥物治療?			是 / 否 (如有, 請註明: _____)	
6. 你有以下過敏史嗎?				
藥物? (如有, 請註明: _____)			是 / 否	
雞蛋或雞?			是 / 否	
其他? (如有, 請註明: _____)			是 / 否	
你有否其他有關此次外遊之健康問題?				
名稱		性別		
理工職員/學生號碼		部門		
簽名		日期		