

HONG KONG CHILDHOOD IMMUNISATION PROGRAMME

香港兒童免疫接種計劃

Age/Grade 年歲/年級	Immunisation Recommended 應接種的疫苗
Newborn 初生	Bacille Calmette-Guérin (BCG) Vaccine 卡介苗
	Hepatitis B Vaccine - First Dose 乙型肝炎疫苗 - 第一次
1 month 一個月	Hepatitis B Vaccine - Second Dose 乙型肝炎疫苗 - 第二次
2 months 兩個月	DTaP-IPV Vaccine - First Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第一次
	Pneumococcal Vaccine - First Dose 肺炎球菌疫苗 - 第一次
4 months 四個月	DTaP-IPV Vaccine - Second Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第二次
	Pneumococcal Vaccine - Second Dose 肺炎球菌疫苗 - 第二次
6 months 六個月	DTaP-IPV Vaccine - Third Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第三次
	Hepatitis B Vaccine - Third Dose 乙型肝炎疫苗 - 第三次
12 months 十二個月	Measles, Mumps & Rubella (MMR) Vaccine - First Dose 麻疹、流行性腮腺炎及德國麻疹混合疫苗 - 第一次
	Pneumococcal Vaccine - Booster Dose 肺炎球菌疫苗 - 加強劑
	Varicella Vaccine - First Dose 水痘疫苗 - 第一次
18 months 十八個月	DTaP-IPV Vaccine - Booster Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑
	Measles, Mumps, Rubella & Varicella (MMRV) Vaccine - Second Dose* 麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗 - 第二次*
Primary 1 小一	DTaP-IPV Vaccine - Booster Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑
Primary 5 小五	Human Papillomavirus Vaccine - First Dose^ 人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第一次^
Primary 6 小六	dTap-IPV Vaccine - Booster Dose 白喉(減量)、破傷風、無細胞型百日咳(減量)及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑
	Human Papillomavirus Vaccine - Second Dose^ 人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第二次^

DTaP-IPV Vaccine : Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis & Inactivated Poliovirus Vaccine
dTap-IPV Vaccine : Diphtheria (reduced dose), Tetanus, acellular Pertussis (reduced dose) & Inactivated Poliovirus Vaccine

*Children born on or after 1.7.2018 receive MMRV vaccine at 18 months old in Maternal and Child Health Centres. Children born between 1.1.2013 and 30.6.2018 receive MMRV vaccine in Primary 1.

*2018年7月1日或以後出生的兒童會於18個月大在母嬰健康院接種麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗。2013年1月1日至2018年6月30日出生的兒童會於小學一年級接種麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗。

^Starting from the 2019/20 school year, eligible female students receive the first dose of 9-valent HPV vaccine in Primary 5 and the second dose when they reach Primary 6 in the next school year.

^由2019/20學年起，合資格的女學生會於小學五年級接種「九價人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第一次」，並於下一學年(小六)接種第二次。

DH6

DEPARTMENT OF HEALTH
THE GOVERNMENT OF THE HONG KONG
SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION
香港特別行政區政府衛生署

IMMUNISATION RECORD
免疫接種記錄

Name 姓名 _____

Date of Birth 出生日期 _____ Sex 性別 _____

Parent's/Guardian's Name
父母 / 監護人姓名 _____

MCHC Case No.
母嬰健康院編號 _____

MCH Centre
母嬰健康院 _____

eHR No.
電子健康紀錄號碼 _____

This record should be presented when the child receives immunisation.
Please keep this record safe as you may need to submit it as proof of vaccination for school registration or upon emigration.

兒童在接種疫苗時須出示此記錄。
請妥善保存免疫接種記錄，因孩子日後升學或移民時，此記錄可作為孩子曾接種過有關疫苗的證明。

重要文件，請永久保存
Please retain this immunisation record indefinitely

Name 姓名: _____

Date of Birth 出生日期: _____

Type of Vaccine 疫苗種類	Date 日期	Place 地點	Remarks 附註#
Bacille Calmette-Guérin (BCG) Vaccine 卡介苗			
Hepatitis B Immunoglobulin 乙型肝炎免疫球蛋白	Indicated/ 需要/ Not Indicated 不需要		
Hepatitis B Vaccine 乙型肝炎疫苗	First Dose 第一次		
	Second Dose 第二次		
	Third Dose 第三次		
DTaP-IPV Vaccine 白喉、破傷風、無細胞型 百日咳及滅活小兒麻痺 混合疫苗	First Dose 第一次		
	Second Dose 第二次		
	Third Dose 第三次		
	Booster 加強劑		
	Booster 加強劑		
dTdap-IPV Vaccine 白喉(減量)、破傷風、無細胞型 百日咳(減量)及滅活小兒麻痺混 合疫苗	Booster 加強劑		
Pneumococcal Vaccine 肺炎球菌疫苗	First Dose 第一次		
	Second Dose 第二次		
	Booster 加強劑		
Measles, Mumps & Rubella (MMR) Vaccine 麻疹、流行性腮腺炎 及德國麻疹混合疫苗	First Dose 第一次		
Varicella Vaccine 水痘疫苗	First Dose 第一次		
Measles, Mumps, Rubella & Varicella (MMRV) Vaccine 麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹 及水痘混合疫苗	Second Dose 第二次		
Human Papillomavirus Vaccine 人類乳頭瘤病毒疫苗	First Dose 第一次		
	Second Dose 第二次		
Others 其他			

DTaP-IPV Vaccine : Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis & Inactivated Poliovirus Vaccine

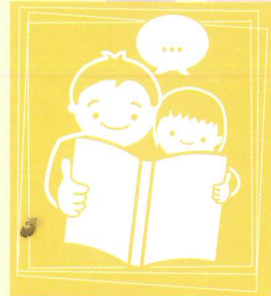
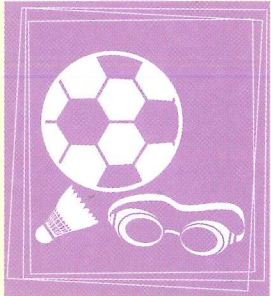
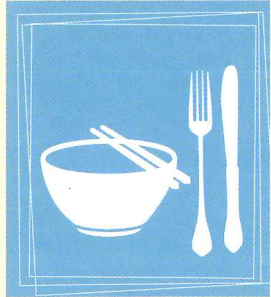
dTap-IPV Vaccine : Diphtheria (reduced dose), Tetanus, acellular Pertussis (reduced dose) & Inactivated Poliovirus Vaccine

Please indicate if the child had an infection caused by the viruses / bacteria covered by the concerned vaccines or developed adverse events after immunisation. 請在此註明兒童曾受相關疫苗的病毒/細菌感染或接種疫苗後出現不良反應。

DH6



香港特別行政區政府衛生署
DEPARTMENT OF HEALTH
THE GOVERNMENT OF THE HONG KONG
SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION



兒童 健康記錄

CHILD HEALTH RECORD



重要文件，請永久保存。
到任何診所 / 醫院時，請攜同此記錄。
Please retain this record indefinitely and present it
when attending any clinic / hospital.

姓名 Name : _____



年齡 / Age: _____



年齡 / Age: _____



年齡 / Age: _____



年齡 / Age: _____



年齡 / Age: _____



年齡 / Age: _____

Dear Parents,

This Child Health Record is intended to record the health and development of your child from birth to the sixth year of secondary school. It is a very important document of your child and should be retained indefinitely and carefully. You can put down relevant information of your child in this record. Please present this record when attending any clinic (e.g. Maternal & Child Health Centre (MCHC), private practitioner's clinic, Student Health Service Centre (SHSC) and dental clinic) or hospital for health professionals' reference and input.









Department of Health
The Government of the Hong Kong Special Administrative Region


親愛的家長：

這本兒童健康記錄，用以記錄你的孩子由出生到中學六年級的健康及發展狀況，是有關你的孩子的一份很重要文件，希望你們將它小心及永久保存。請你們在記錄內填寫有關你的孩子的資料。在前往任何診所（例如母嬰健康院、私家醫生醫務所、學生健康服務中心和牙科診所）或醫院時，請攜同此記錄供醫護人員作參考及填寫之用。

香港特別行政區政府衛生署

Any person finding this booklet is requested to return it to any Maternal and Child Health Centre or Student Health Service Centre
如有人拾獲此小冊子，請送還任何一間母嬰健康院或學生健康服務中心

 Fill in by parents 由父母填寫	Page 頁數
General Information of the Child  孩子的一般資料	4
Neonatal and Infant History  嬰兒期資料	5
Feeding Milestones  進食里程碑	6 - 7
Child Medical History  兒童病歷	8 - 9
Family Medical History  家族病歷	10
Developmental Milestones  成長里程碑	11
Integrated Child Health & Development Programme (Birth to 5 years) at MCHC 母嬰健康院之幼兒健康及發展綜合計劃 (零至五歲)	12
Programme of Immunisation 免疫接種時間表	13
Physical Examination (including newborn examination) 身體檢查 (包括初生嬰兒檢查)	14
Neonatal Blood Screening 初生嬰兒血液篩選	15
Newborn Hearing Screening 新生嬰兒聽力普查	15
Preschool Vision Screening (4 - 5 years) 學前兒童視力普查 (四至五歲)	15
Developmental Surveillance 兒童發展監察	16
Other Examination/Assessment 其他健康檢查	17
Growth Charts for Boys 男孩生長圖表	18 - 26
Tooth Eruption Record for Boys  男孩出牙記錄	28 - 29

Growth Charts for Girls 女孩生長圖表	30 - 38
Tooth Eruption Record for Girls  女孩出牙記錄	40 - 41
Health Programmes at Student Health Service Centre (Primary & Secondary School Students) 學生健康服務中心服務計劃 (中、小學生)	42 - 43
Student Health Record 學生健康記錄	44 - 53
Summary of Clinic Visits / Hospital Medical Records 診所 / 醫院醫療記錄摘要	54 - 61
Other Important Information 其他事項	62 - 65
▪ Infectious Disease Information 傳染病資訊	62 - 63
▪ Breastfeeding Policy of the Department of Health 衛生署母乳餵哺政策	64
▪ Health Information Websites / Hotlines 健康資訊網頁 / 熱線	65

Important Notice 重要告示

Children or adults including pregnant women who have fever, rash, or vesicular lesions OR have recent history of contracting infectious diseases or contact with these patients, should **NOT attend Maternal and Child Health Centres**. Children and pregnant women attending MCHC are at higher risk of getting the diseases or having serious complications.

嬰幼兒和成人包括孕婦如有發燒、紅疹或水疱，或最近曾患上傳染病或接觸過患者，請**不要進入母嬰健康院**，以免把傳染病傳給健康院內的嬰幼兒和孕婦，他們一般染病或有嚴重併發症的機會較高。

PARTICULARS OF PARENTS 父母親資料

FATHER 父親 MOTHER 母親

Name 姓名 :

PARTICULARS OF CHILD 兒童資料

Name 姓名 : (English 英文)

(Chinese 中文)

Sex 性別 : Male 男 / Female 女 (Please circle as appropriate 請圈出適合的選擇)

Date of Birth 出生日期 :

Place of Birth 出生地點 :

Nationality / Ethnicity 國籍 / 種族 :

MCHC No. :

母嬰健康院編號 :

Booking System Registration No. :

預約系統登記號碼 :

Birth Weight 出生體重 Kg 公斤 or Lbs 磅

Body weight on discharge 出院時體重 Kg 公斤 or Lbs 磅

Date of discharge 出院日期 : dd / mm / yy 日 / 月 / 年

Mode of Delivery: NSD / VE / LF / CS / Others 分娩方式 : 陰道產 / 真空吸盤 / 產鉗 / 剖腹 / 其他

Delivery Hospital 出生醫院

Maturity 妊娠期限 Weeks 星期 Type of Birth: Single / Twin / Others 出生類別 : 單胎 / 雙胞胎 / 其他

Conditions of child require special attention after birth 嬰兒出生後須特別注意的事項

Notes/備忘:

Breast feeding history of child 嬰兒的母乳餵哺史 (Fill in by parents 由父母填寫)

Has ever been breast fed? 曾否以母乳餵哺? Yes 是 No 否

Period of exclusive breast feeding 全母乳餵哺的時段 Not applicable 不適用

From 由 : month 月 To 至 : month 月

Age of child when breastfeeding stopped 孩子停止接受母乳餵哺之年齡 : month 月 Not applicable 不適用

Age Achieved (months)
達到的年齡 (月)

Sleep through the night, no more night feeding is needed
能整夜睡覺，不需要夜半吃奶 (不用吃夜奶)

First mouthful of solid food tasted _____
第一口嘗試的固體食物，是 _____

Eat solid food daily
每天吃固體食物

Replace a milk feeding by a meal of solids
以固體食物取代一餐奶

Hold food to eat
抓着食物吃

Begin eating with the family
每天跟家人一起吃飯

Share food from family meal
分享家人的飯菜

Begin to drink from a trainer cup / regular cup
開始學用訓練杯或普通水杯喝水

Hold cup to drink
自己拿杯子喝奶和水

Self feed using a spoon
用匙羹自己吃飯

Stop the use of feeding bottle for milk / drinks
完全停用奶瓶喝奶 / 飲品

Use chopsticks / fork
用筷子 / 叉子吃飯



Food type
食物類別

Age when the food is introduced (months)
開始進食的年齡

Finely pureed foods
糊狀食物

Minced foods
剝碎的食物

Chopped foods
切碎的食物

Grains
穀類食物

Leafy vegetables
葉菜

Other vegetables
其他蔬菜

Fruits
水果

Eggs
蛋

Meat
肉類

Fish
魚類

Other seafoods
其他海產

Beans (including Tofu)
豆類 (包括豆腐)



(Fill in by parents / health professionals) (由父母 / 醫護人員填寫)

If your child has ever had the following medical condition(s), please mark '✓' in the appropriate box and specify details.

兒童如有以下情況，請在適當格內註明「✓」記號及列出詳情。

Infectious Diseases 傳染病

Age Detected 診斷時年齡

- Chickenpox 水痘
- Measles 麻疹
- Mumps 流行性腮腺炎
- Rubella 德國麻疹
- Tuberculosis 肺結核
- Viral hepatitis 病毒性肝炎
- Whooping cough 百日咳
- Others 其他

Neurological and Developmental Problems 神經及發展相關問題

- Convulsion 抽搐
- Epilepsy 腦癇
- Hearing defect 聽覺不健全
- Mental disability 弱智
- Physical disability 弱能
- Visual defect 視覺不健全
- Others 其他

Blood Disorders 血病

- Anaemia / Thalassemia 貧血 / 地中海貧血症
- G6PD Deficiency 葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症
- Haemophilia 血友病
- Other blood diseases 其他血病

Organ Specific Diseases 器官性疾病

- Heart disease 心臟病
- Kidney disease 腎病
- Others 其他

(Fill in by parents / health professionals) (由父母 / 醫護人員填寫)

Endocrine Problems 內分泌疾病

- Congenital hypothyroidism 先天性甲狀腺功能不足症
- Diabetes mellitus 糖尿病
- Thyroid diseases 甲狀腺疾病
- Others 其他

Allergy 敏感

- Bronchial asthma 哮喘
- Eczema 濕疹
- Drug allergy 藥物敏感
(Please specify 請註明)
- Food allergy 食物敏感
(Please specify 請註明)
- Other allergic history 其他敏感
(Please specify 請註明)

Other Medical History 其他疾病

--

Operation Received 曾接受手術

Name / Type 名稱 / 種類

(Age 年歲)

- Minor operation 小手術
- Major operation 大手術

	()
	()
	()
	()
	()
	()

If any family members have ever had the following medical condition(s), please specify age at diagnosis and relationship to child.

家人如有以下情況，請註明確診時之年齡及與兒童之關係。

	Relationship to Child 與兒童關係			Age at diagnosis 獲診斷時之年齡
	Father 父親	Mother 母親	Siblings 兄弟姐妹	
Allergy 敏感 e.g. asthma, eczema, drug allergy, food allergy 例如:哮喘、濕疹、藥物敏感、食物敏感	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Blood disorders 血病 e.g. thalassemia, hemophilia 例如:地中海貧血症、血友病	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cardiovascular diseases 心血管疾病 e.g. congenital heart disease, hypertension, stroke 例如:先天性心臟病、高血壓、中風	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endocrine diseases 內分泌疾病 e.g. diabetes, thyroid disease 例如:糖尿病、甲狀腺疾病	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hearing problems 聽覺問題 e.g. congenital or early childhood deafness 例如:先天性或早期失聰	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mental health or emotional problems 精神或情緒問題 e.g. depression, schizophrenia 例如:抑鬱症、精神分裂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neurological and developmental problems 神經及發展相關問題 e.g. epilepsy, convulsion, mental disability, physical disability, autism, attention deficit hyperactivity disorder 例如:腦癱、抽搐、弱智、弱能、自閉症、專注力不足或過度活躍症	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visual problems 視覺問題 e.g. congenital cataract, retinoblastoma 例如:先天性白內障、視網膜母細胞瘤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Others 其他	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Age Achieved (months)
達到的年齡(月)

Eye contact 目光接觸	<input type="text"/>
Social smile 社交微笑	<input type="text"/>
Head control 頭部控制	<input type="text"/>
Turn from supine to prone position 轉身	<input type="text"/>
Hand transfer 把物件轉手	<input type="text"/>
Sit without support 自行坐好	<input type="text"/>
Pincer grasp 用姆指和食指撿起物件	<input type="text"/>
Stranger anxiety 對陌生人產生不安	<input type="text"/>
Wave bye-bye 向人搖手	<input type="text"/>
Cruise round furniture 扶著家具走路	<input type="text"/>
Stand without support 自行站立	<input type="text"/>
Walk independently 自行走路	<input type="text"/>
First meaningful word 第一個有意義的詞	<input type="text"/>
Indicate toilet needs 顯示如廁的需要	<input type="text"/>
Scribble 塗鴉	<input type="text"/>
Speak short phrases 能說兩個詞語組成的語句	<input type="text"/>
Bowel control 大便控制	<input type="text"/>
Speak short sentences 能說短句	<input type="text"/>
Dry at night 晚間控制小便	<input type="text"/>
Speak with clear articulation 清楚發音	<input type="text"/>

Please refer to "Happy Parenting" booklet provided by MCHC for details.
詳細資料請參閱母嬰健康院派發的「共享育兒樂」小冊子。





Age/Grade 年歲/年級	Immunisation Recommended 應接種的疫苗
Newborn 初生	Bacille Calmette-Guérin (BCG) Vaccine 卡介苗 Hepatitis B Vaccine - First dose 乙型肝炎疫苗 - 第一次
1 month 一個月	Hepatitis B Vaccine - Second dose 乙型肝炎疫苗 - 第二次
2 months 兩個月	DTaP-IPV Vaccine - First Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第一次 Pneumococcal Vaccine - First Dose 肺炎球菌疫苗 - 第一次
4 months 四個月	DTaP-IPV Vaccine - Second Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第二次 Pneumococcal Vaccine - Second Dose 肺炎球菌疫苗 - 第二次
6 months 六個月	DTaP-IPV Vaccine - Third Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第三次 Hepatitis B Vaccine - Third Dose 乙型肝炎疫苗 - 第三次
12 months 十二個月	Measles, Mumps & Rubella (MMR) Vaccine - First Dose 麻疹、流行性腮腺炎及德國麻疹混合疫苗 - 第一次 Pneumococcal Vaccine - Booster Dose 肺炎球菌疫苗 - 加強劑 Varicella Vaccine - First Dose 水痘疫苗 - 第一次
18 months 十八個月	DTaP-IPV Vaccine - Booster Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑 Measles, Mumps, Rubella & Varicella (MMRV) Vaccine - Second Dose* 麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗 - 第二次*
Primary 1 小一	DTaP-IPV Vaccine - Booster Dose 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑
Primary 5 小五	Human Papillomavirus Vaccine - First Dose [^] 人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第一次 [^]
Primary 6 小六	dTap-IPV Vaccine - Booster Dose 白喉(減量)、破傷風、無細胞型百日咳(減量)及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑 Human Papillomavirus Vaccine - Second Dose [^] 人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第二次 [^]

DTaP-IPV Vaccine: Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis & Inactivated Poliovirus Vaccine
dTap-IPV Vaccine: Diphtheria (reduced dose), Tetanus, acellular Pertussis (reduced dose) & Inactivated Poliovirus Vaccine

*Children born on or after 1.7.2018 receive MMRV vaccine at 18 months old in Maternal and Child Health Centres. Children born between 1.1.2013 and 30.6.2018 receive MMRV vaccine in Primary 1

*2018年7月1日或以後出生的兒童會於18個月大在母嬰健康院接種麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗。2013年1月1日至2018年6月30日出生的兒童會於小學一年級接種麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗。

[^]Starting from the 2019/20 school year, eligible female students receive the first dose of 9-valent HPV vaccine in Primary 5 and the second dose when they reach Primary 6 in the next school year.

[^]由2019/20學年起，合資格的女學生會於小學五年級接種「九價人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第一次」，並於下一學年(小六)接種第二次。

Age of child receiving service 幼兒接受服務年齡

(服務計劃會因應情況而作出更改。The programme schedule may be subject to change.)

AN 產前	0m 初生	1m 一個月	2m 兩個月	4m 四個月	6m 六個月	9m 九個月	12m 一歲	18m 歲半	2yr 兩歲	3yr 三歲	4yr 四歲	5yr 五歲

Immunisation 免疫接種

Growth Monitoring and Diet Assessment 生長監察及飲食評估

Hearing Screening (Automated Otoacoustic Emission) 聽力普查(耳聲發射)

Parenting Education 親職教育

if indicated 如有需要

First Health Consultation 首次健康評估

Developmental Surveillance 發展監察

Preschool Vision Screening 學前視力普查

AN Antenatal 產前

Parents fill child health questionnaire of first vision visit 於第一次學前視力普查時家長需填寫兒童健康問卷

除上述的建議時間外，如家長對小孩的成长或發展方面有任何疑慮，請致電所屬的母嬰健康院，預約作進一步的跟進。

請注意：如小孩有身體不適，應向的家庭醫生或普通科門診求診。
Apart from the scheduled visits, if parents have any concerns or queries on the growth or development of your child, please contact your registered MCHC for a follow up appointment.
Please note: You should consult your family doctor or attend General out-patient clinics if your child do not feel well.

INTEGRATED CHILD HEALTH & DEVELOPMENT PROGRAMME (BIRTH TO 5 YEARS)

幼兒健康及發展綜合計劃 (零至五歲) (For Maternal and Child Health Centre 母嬰健康院適用)

Newborn Examination 初生嬰兒身體檢查

(Applicable to baby of 0 - 2 months) (適用於初生至兩個月大嬰兒)



Date 日期

Age 年齡

Findings / Remarks
結果 / 備註

Examinations include General, Head & Neck (including red reflex exam), Chest, Cardiovascular, Abdomen, Genital, Skeletal (including hip exam), Neurological aspects.

Others

Doctor's name & signature
醫生姓名及簽署

Institution 機構

Other Physical Examination 其他身體檢查

(Applicable to child of 0 - 6 years old) (適用於初生至六歲大兒童)



Date 日期

Age 年齡

Findings / Remarks
結果 / 備註

Doctor's name & signature
醫生姓名及簽署

Institution 機構

NEONATAL BLOOD SCREENING 初生嬰兒血液篩選



G6PD Status:

葡萄糖六磷酸去氫酵素:

*Result 結果: Normal / Not been informed of abnormal result / Not done / Deficient
正常 / 沒有收到 (檢驗不正常) 通知 / 沒有檢驗 / 缺乏

Thyroid Function:

甲狀腺功能:

*Result 結果: Normal / Not been informed of abnormal result / Not done / Hypothyroid
正常 / 沒有收到 (檢驗不正常) 通知 / 沒有檢驗 / 甲狀腺素缺乏

Test repeated (if applicable) on 覆檢 (如適用) 於

Date 日期:

* Please circle the appropriate description 請圈出適合的選擇

NEWBORN HEARING SCREENING 新生嬰兒聽力普查



	Date 日期	Result 結果	Remarks 備註 (Institution 機構)
# AOAE / AABR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
# AOAE / AABR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Please circle the appropriate test 請圈出適合的測試名稱

AOAE = Automated Otoacoustic Emission
耳聲發射測驗

AABR = Automated Auditory Brainstem Response
腦幹電位反應測驗

PRESCHOOL VISION SCREENING (4-5 YEARS)

學前兒童視力普查 (四至五歲)



Date 日期	Results / Recommendations 結果 / 建議
<input type="text"/>	Follow up is needed. Please call on _____ to book appointment. 需要覆驗。請於 _____ 約期覆驗。
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Passed. Please join Student Health Service at P.1. 合格。請於小一參加『學生健康服務』 <input type="radio"/> Referred to Specialist 已轉介專科跟進 <input type="radio"/> Advise to have detailed assessment by community optometrist 建議由社區視光師作詳細視光檢查

Developmental Surveillance By Nurse 護士發展監察

Age 年齡	Date 日期	Result / Recommendation 結果 / 建議	Remarks 備註
2m* 兩個月*			
4m* 四個月*			
6m 六個月			
9m* 九個月*			
12m 十二個月			
18m 十八個月			
24m* 二十四個月*			
36m* 三十六個月*			
48m* 四十八個月*			
60m* 六十個月*			

Result / Recommendation:
結果 / 建議:

N = Normal Range 正常範圍

R = Nurse Review 護士跟進
C = Doctor Consultation 醫生診斷

* Conducted only when necessary * 在有需要時才進行

Parents to fill a child health questionnaire at the first vision visit
於第一次學前視力普查時家長需填寫兒童健康問卷



Developmental Assessment By Doctor* 醫生發展評估*

Date 日期	Results / Recommendations 結果 / 建議	Doctor's name & signature 醫生姓名及簽署

* Conducted only when necessary * 在有需要時才進行

Date 日期

Age 年齡

Findings / Remarks
結果 / 備註

Name & signature of
health professional
醫療人員姓名及簽署

Institution 機構/
Post title 職位

Date 日期

Age 年齡

Findings / Remarks
結果 / 備註

Name & signature of
health professional
醫療人員姓名及簽署

Institution 機構/
Post title 職位

Date 日期

Age 年齡

Findings / Remarks
結果 / 備註

Name & signature of
health professional
醫療人員姓名及簽署

Institution 機構/
Post title 職位

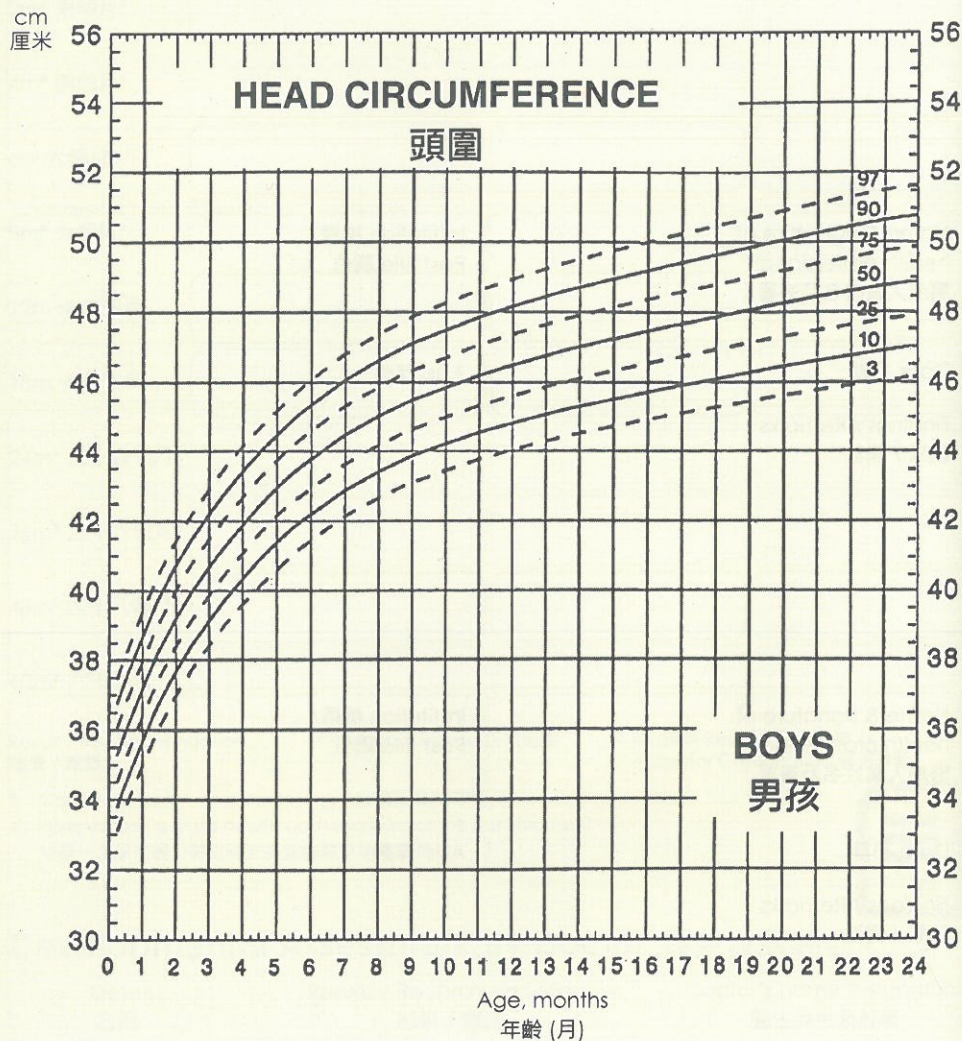
Head Circumference in cm (0 - 2 years)

頭圍 (厘米) (0 - 2歲)

Parents' Head Circumference (cm)
父母頭圍 (厘米)

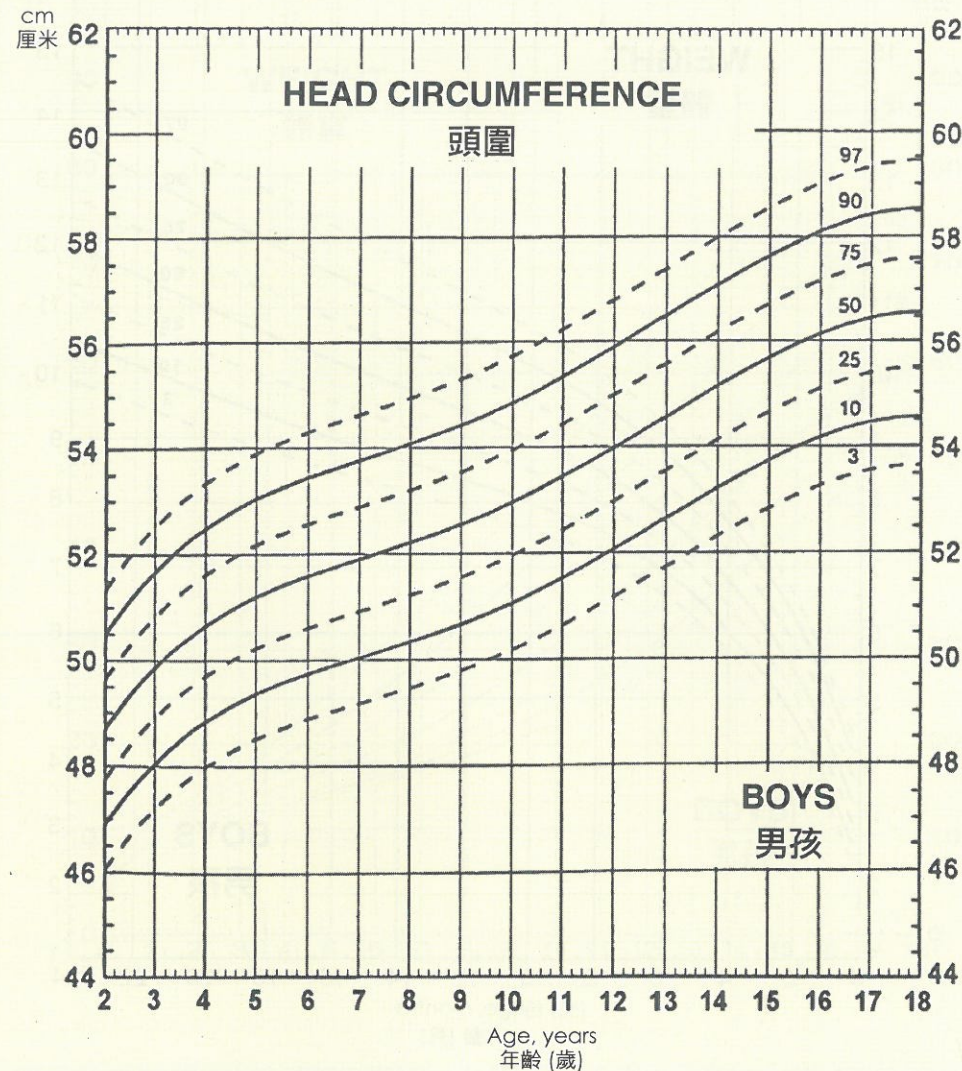
Father
父親

Mother
母親



Head Circumference in cm (2 - 18 years)

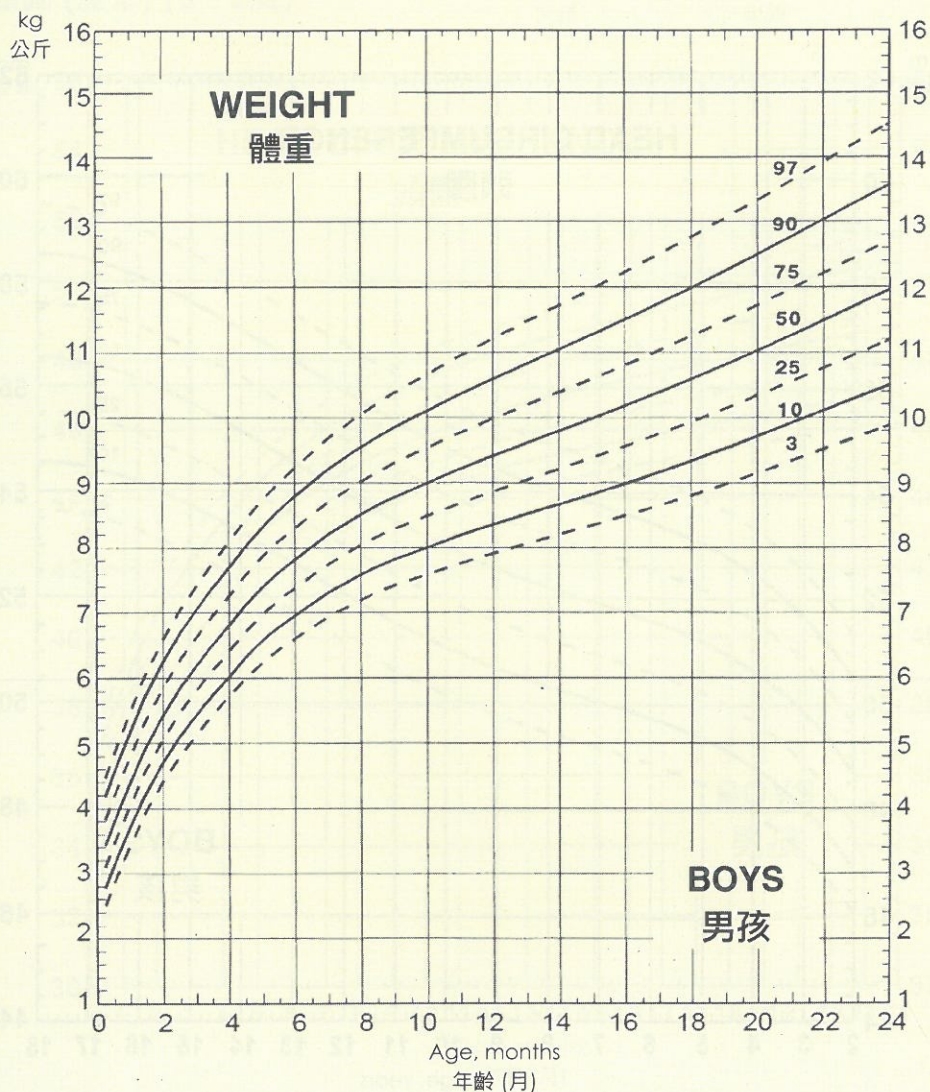
頭圍 (厘米) (2 - 18歲)



Date 日期	Age 年齡	Child's Head Circumference (cm) 兒童頭圍 (厘米)	Date 日期	Age 年齡	Child's Head Circumference (cm) 兒童頭圍 (厘米)

Weight in kg (0 - 2 years)

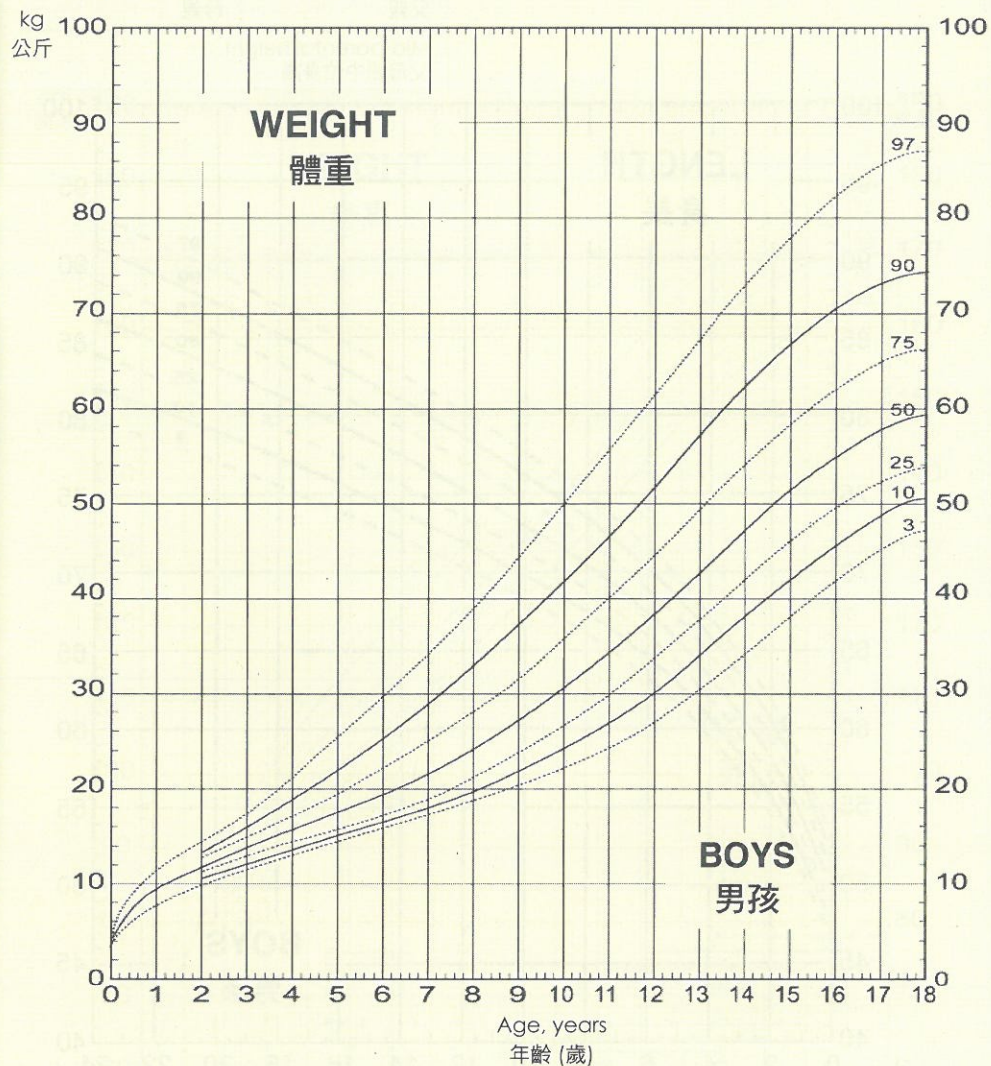
體重 (公斤) (0 - 2歲)



Date 日期	Age 年齡	Child's Weight (kg) 兒童體重 (公斤)	Date 日期	Age 年齡	Child's Weight (kg) 兒童體重 (公斤)

Weight in kg (2 - 18 years)

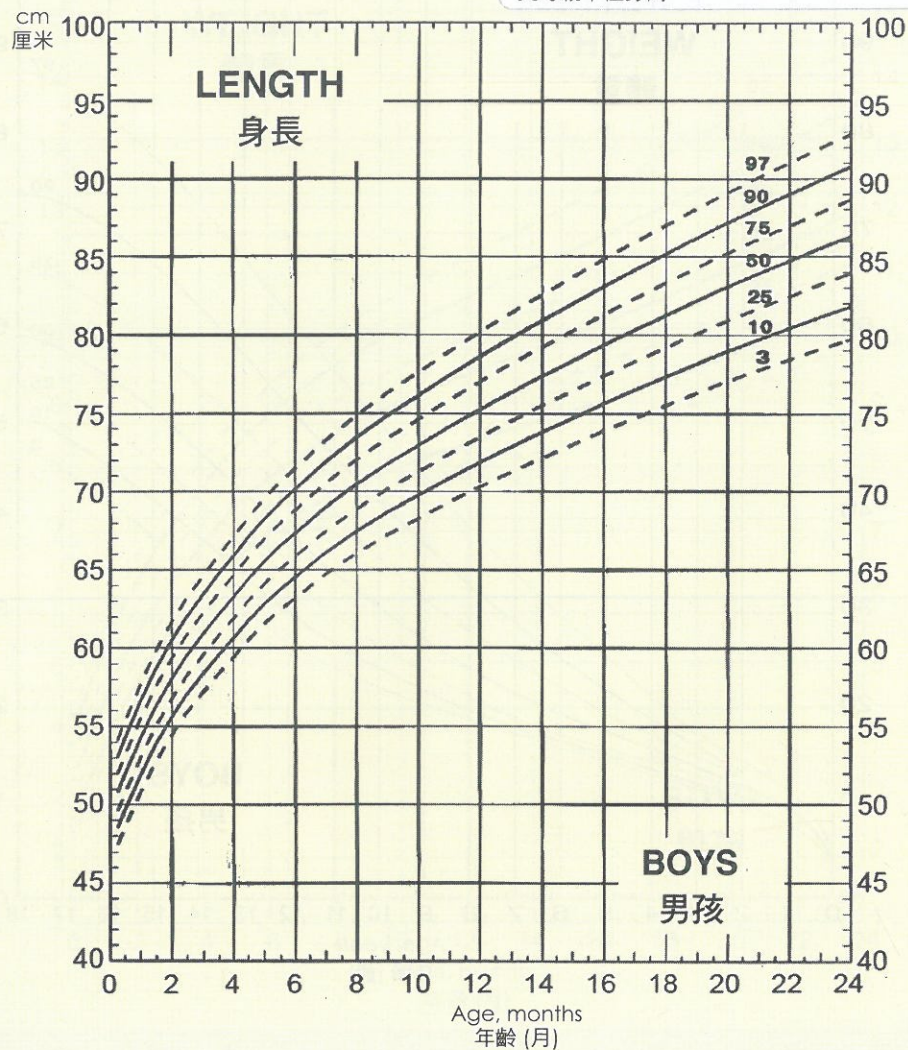
體重 (公斤) (2 - 18歲)



Length in cm (0 - 2 years)

身長 (厘米) (0 - 2歲)

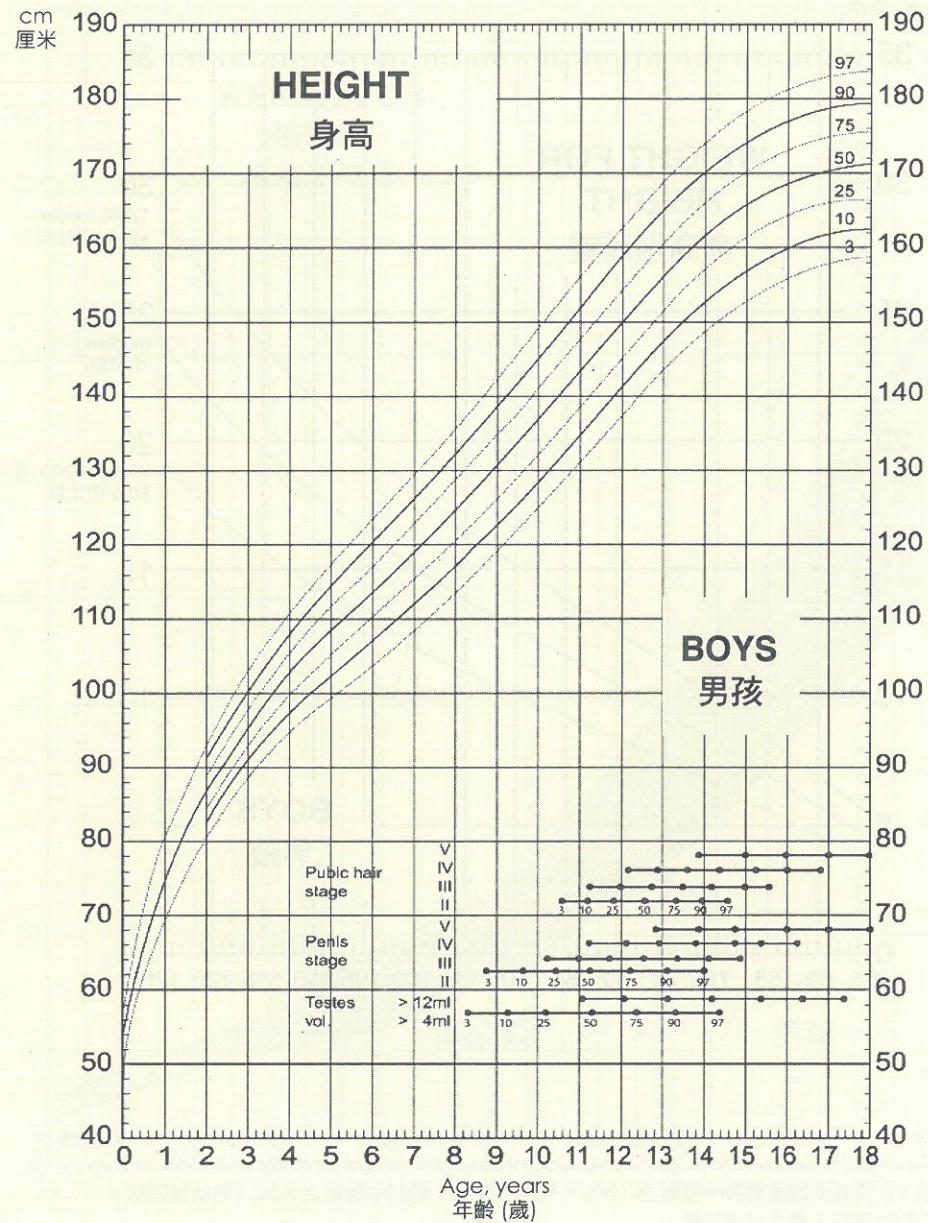
Parents' Height (cm) 父母身高 (厘米)	
Father 父親	Mother 母親
Mid-parental height 父母親中位身高	



Date 日期	Age 年齡	Child's Length (cm) 兒童身長 (厘米)	Date 日期	Age 年齡	Child's Length (cm) 兒童身長 (厘米)

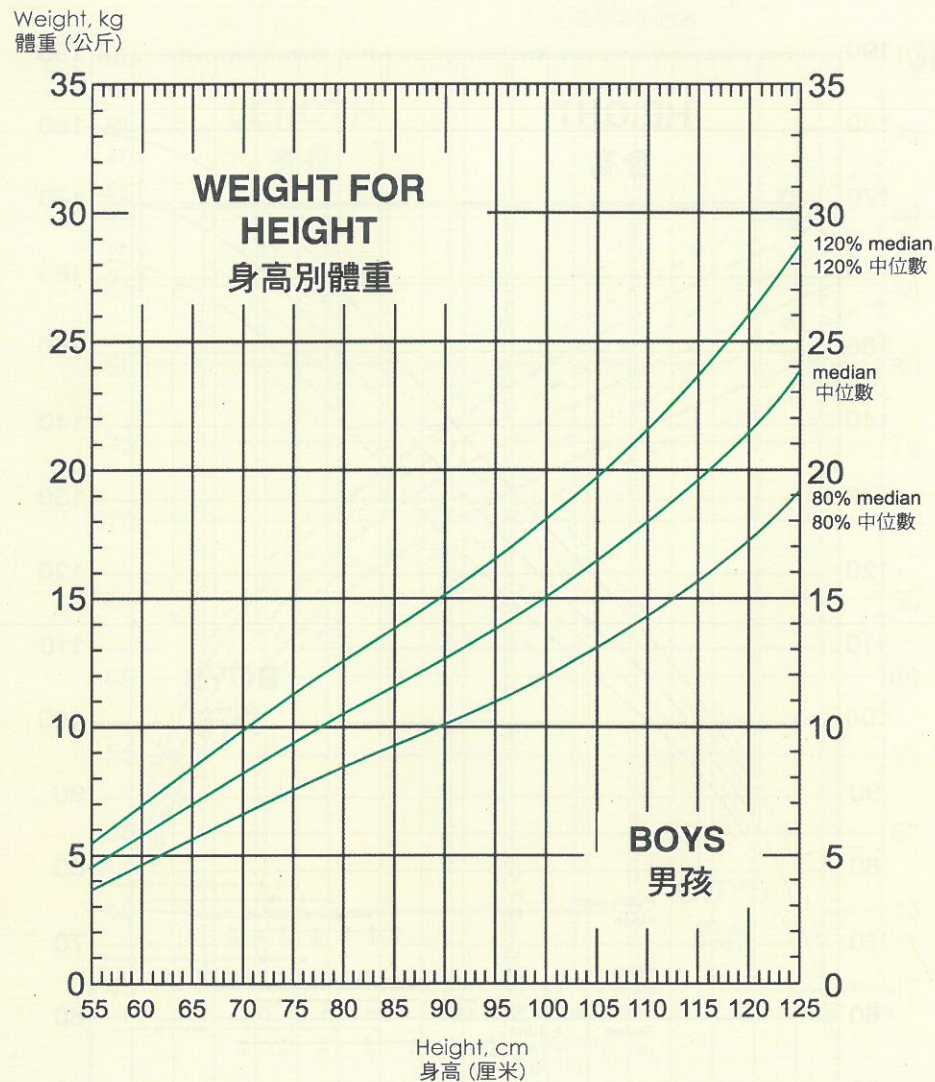
Height in cm (2 - 18 years) and Pubertal Development

身高 (厘米) (2 - 18歲) 與青春期發育



WEIGHT FOR HEIGHT CHART FOR BOYS

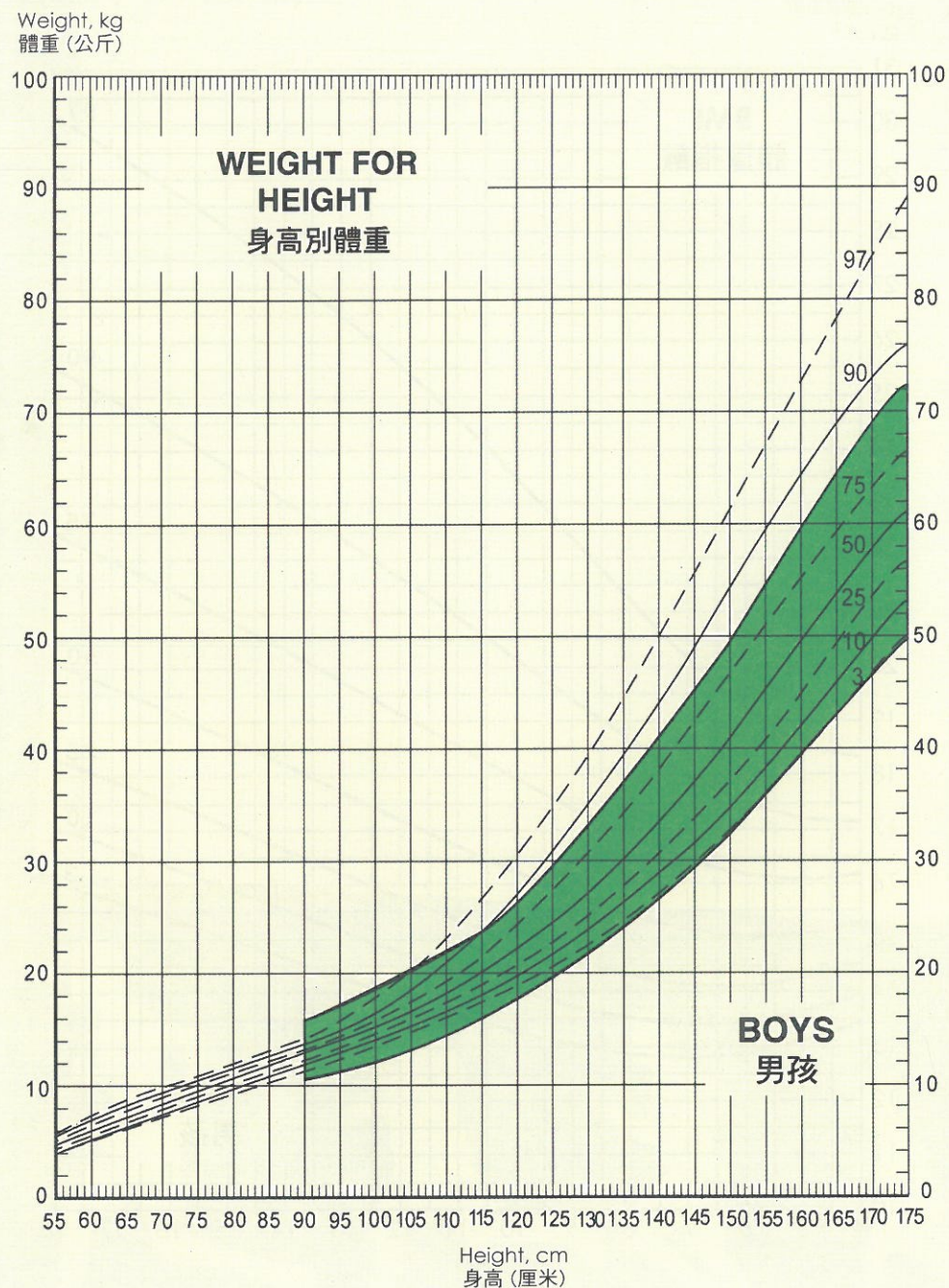
男孩身高別體重圖表



Parents are advised to seek health professional's advice if the reading lies outside 120% or 80% medians, which may signify overweight or underweight conditions respectively. 如孩子的身高別體重大於中位數之 120%，可能是過重；低於中位數之 80%，可能是過輕。建議諮詢醫護人員作詳細評估。

WEIGHT FOR HEIGHT CHART FOR BOYS

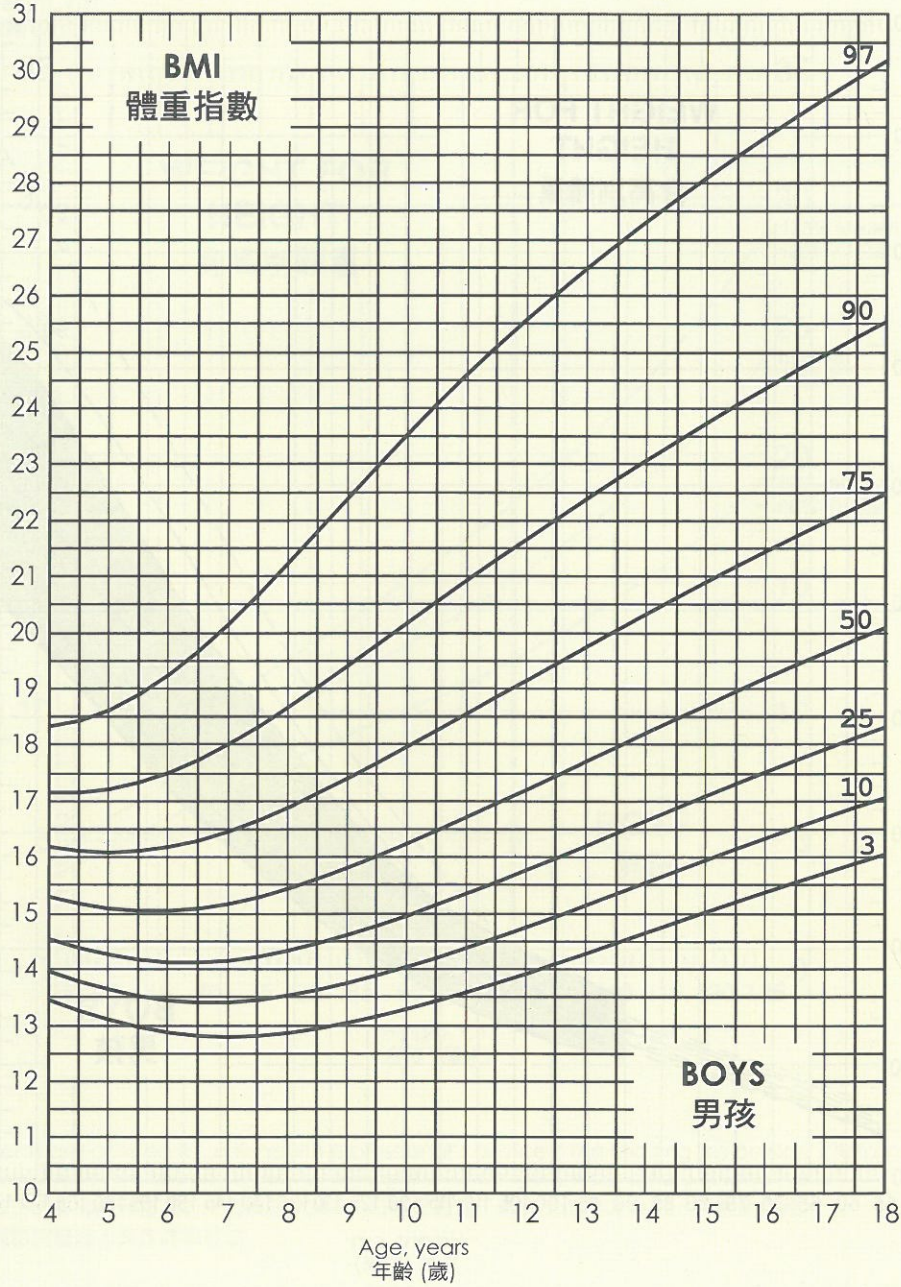
男孩身高別體重圖表



BMI CHART FOR BOYS

男孩體重指數圖表

kg / m²
 千克 / 米²



Clipboard with a paperclip and pencil icon.

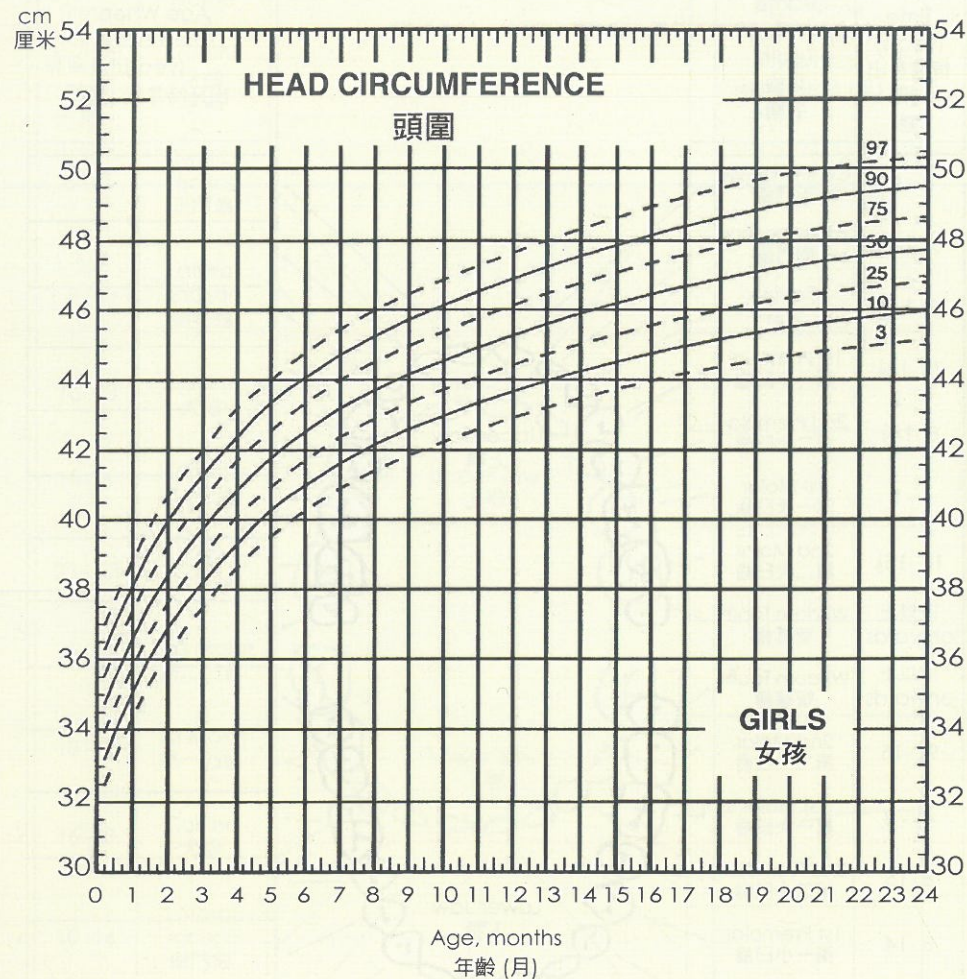
Age 年齡	Height (m) 身高(米)	Weight (kg) 體重(千克)	BMI (kg / m ²) 體重指數(千克 / 米 ²)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



Head Circumference in cm (0 - 2 years)
頭圍 (厘米) (0 - 2歲)

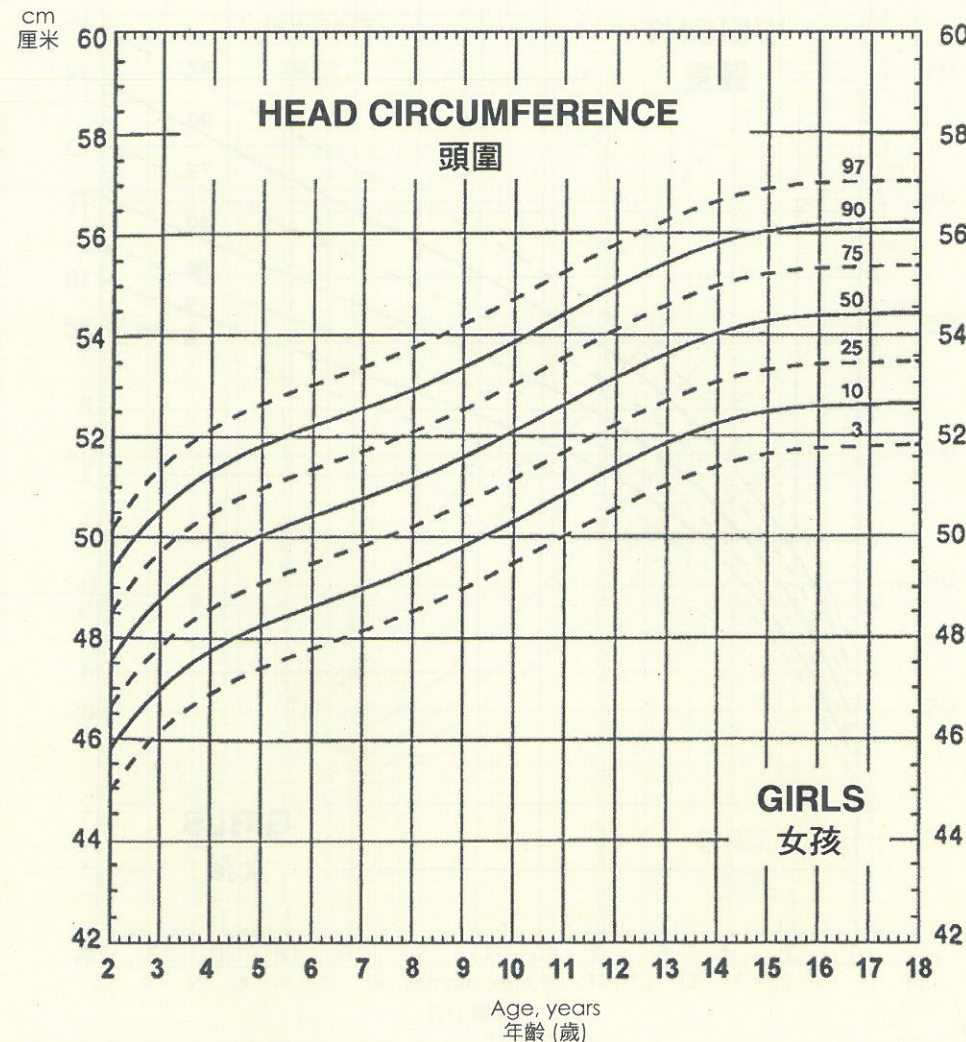
Parents' Head Circumference (cm)
父母頭圍 (厘米)

Father 父親	Mother 母親
--------------	--------------



Date 日期	Age 年齡	Child's Head Circumference (cm) 兒童頭圍 (厘米)	Date 日期	Age 年齡	Child's Head Circumference (cm) 兒童頭圍 (厘米)

Head Circumference in cm (2 - 18 years)
頭圍 (厘米) (2 - 18歲)



Activity 活動項目		Grade 級別	P1 小一	P2 小二	P3 小三	P4 小四
Body Weight & Height Measurement		體重及身高量度	✓	✓	✓	✓
Blood Pressure Measurement		血壓量度				
Vision 視力	Visual Acuity Test	視力測試	✓	✓	✓	✓
	Stereopsis Test	立體視覺測試	✓			
	Colour Vision Test	色覺測試				
Hearing Test		聽覺測試	✓	If indicated 按情況需要		
Checking of Immunisation Status		免疫接種核對				
History Taking		病歷記錄	✓	✓	✓	✓
Physical Examination		身體檢查	✓		If indicated 按情況需要	
Growth / Pubertal Development Assessment (may include examination of external genitalia / secondary sexual characteristics)		發育 / 青春期評估 (或需檢查外生殖器 / 第二性徵)	If indicated 按情況需要			
Spinal Assessment		脊柱評估	Age 10 or above and if indicated 10 歲或以上及按情況需要			
Health Assessment Questionnaire 健康評估問卷	For Student 學生填表					✓
	For Parent 家長填表		✓			✓
Individual Health Counselling		個別健康輔導	✓	✓	✓	✓
Group Health Talk		健康講座	✓	✓	✓	✓
Laboratory Test & Other Investigations		化驗及其他檢驗	If indicated 按情況需要			
Prescription / Referral / Follow-up		處方 / 轉介 / 跟進	If indicated 按情況需要			
Child Health Record Updating		兒童健康記錄填寫	✓	✓	✓	✓

Key: P - Primary 小學 S - Secondary 中學

P5 小五	P6 小六	S1 中一	S2 中二	S3 中三	S4 中四	S5 中五	S6 中六
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓		✓		✓		✓	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	✓						
If indicated 按情況需要			✓	If indicated 按情況需要			
		✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓		✓		✓		✓	
If indicated 按情況需要							
✓		✓		✓	If indicated 按情況需要		
	✓		✓		✓		✓
	✓						
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
If indicated 按情況需要							
If indicated 按情況需要							
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Date 日期						
Grade 級別 / Age 年齡						
Screening Item 檢查項目						
Height (cm) 身高 (厘米)						
Weight (kg) 體重 (公斤)						
Vision 視力	V. Acuity (logMAR) 視力		R 右	L 左	R 右	L 左
	Stereopsis 立體視覺				Colour Vision 色覺	
Blood Pressure 血壓						
/ / /						
Hearing 聽覺						
R 右 L 左 R 右 L 左						
Immunisation Status 免疫接種						
Assessment Results 評估結果 / Others 其他 / Remarks 備註						
Referral 轉介						
Student Health Service Centre 學生健康服務中心						

DH2684

DEPARTMENT OF HEALTH
 THE GOVERNMENT OF THE HONG KONG
 SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION
 香港特別行政區政府衛生署
VACCINATION RECORD
疫苗注射記錄

Name 姓名 _____

Date of Birth 出生日期 _____ Sex 性別 _____

Parent's/Guardian's Name
 父母/監護人姓名 _____

This record should be presented on receiving subsequent vaccination. Please keep all the vaccination records properly because they may be required later as documentation of the vaccines received.

下次接種疫苗時須出示此記錄。
 請妥善保存所有疫苗接種記錄卡或小冊子，因為這些記錄日後可作為曾接種過有關疫苗的證明。

重要文件，請永久保存
 Please retain this immunisation record indefinitely

DH2684 (Revised 08/2010)

OTHERS 其他

REMARKS 附註 (including adverse effects 包括接種後的反應)												
DOCTOR / CLINIC 醫生 / 診所												
DATE 日期												
TYPE OF VACCINE 疫苗種類												

TYPE OF VACCINE 疫苗種類		DATE 日期	DOCTOR / CLINIC 醫生 / 診所	REMARKS 附註 (including adverse effects 包括接種後的反應)
HEPATITIS B VACCINE 乙型肝炎疫苗	FIRST DOSE 第一次			
	SECOND DOSE 第二次			
	THIRD DOSE 第三次			
PNEUMOCOCCAL VACCINE 肺炎球菌疫苗	PCV (Specify type 註明種類)	FIRST DOSE 第一次		
		SECOND DOSE 第二次		
		THIRD DOSE 第三次		
		BOOSTER 加強劑		
	PPV (Specify type 註明種類)	FIRST DOSE 第一次		
ANTI-TETANUS TOXOID 預防破傷風疫苗	FIRST DOSE 第一次			
	SECOND DOSE 第二次			
	THIRD DOSE 第三次			
INFLUENZA VACCINE 流行性感冒疫苗				

DH2684