

# DEPARTMENT OF HEALTH - FAMILY HEALTH SERVICE

## 衛生署家庭健康服務

For official use 職員專用

- Address proof
- Pregnancy proof
- Language selection sheet

Label

注意事項：

1. Please read through the "Statement of Purposes" on personal information collection before you fill in this registration form.  
在填寫這登記表格之前，請先仔細閱讀附帶有關收集個人資料的「用途聲明」。
2. Please fill in the information required below, put ✓ in the box as appropriate and return the completed form to registration counter on the day of your first appointment.  
請你填寫以下各項，在合適的空格加上✓，並於接受服務當日把填妥的表格交回登記處。

### 產前檢查服務 — 首次登記表格

### Antenatal Service – First Registration Form

***This form consists of two pages (\*Mandatory field)***

***此表格共有兩頁 (\*必須填寫)***

Document Type & No.\*:  Hong Kong Identity Card

證件類別及編號\* : 香港身份證

ID no:

編號:

Other document:

其他證件:

Document no:

證件編號:

Surname\*

英文姓氏\* :

First name\*

英文名\* :

中文姓名 :

中文電碼 :

Date of birth\*:

出生日期\*:

(DD-MM-YYYY)

( 日日-月月-年年年年 )

Birth Country:

出生國家:

Marital Status:

婚姻狀況 :

- Divorced  
離婚
- Living together  
同居
- Married  
已婚
- Separated  
分居
- Single  
未婚
- Widowed  
寡居

Education Level:

教育程度 :

- No schooling  
未曾入學
- Kindergarten  
學前教育 ( 幼稚園 / 幼兒中心 )
- Primary (P1-6)  
小學
- Lower Secondary (S1-3)  
初中 ( 中一至中三 )
- Upper Secondary (S4-5)  
高中 ( 中四至中五 )
- Matriculation (S6-7) / DSE  
預科
- Tertiary (non-degree)  
專上教育 ( 文憑 / 證書 / 副學位 )
- Tertiary (degree)  
專上教育 ( 學位課程 )
- Others:  
其他: \_\_\_\_\_

Occupation 職業 :

Planned Delivery Hospital\* 計劃分娩醫院\* : \_\_\_\_\_

# DEPARTMENT OF HEALTH - FAMILY HEALTH SERVICE

## 衛生署家庭健康服務

### Contact information:

聯絡方法：

Local Telephone 本地電話： ( \*Mobile\* 手機 )

( Home 住宅 )  ( Office 工作 )

\*Address\* 地址： Flat 單位：  Floor 樓層：  Block 座：

Building name 大廈名稱：  Estate name 屋苑名稱：

Street No & name 街道號碼及名稱：  District 地區：

Region 區域：  Hong Kong 香港  Kowloon 九龍  NT 新界

Email 電郵：

### Family Health Service "Pregnancy e-link Online Membership Program" Registration<sup>#</sup>

#### 衛生署家庭健康服務《懷孕悅訊》「網上會員」登記<sup>#</sup>

Do you agree to become a member of the Online Membership Program, and receive the "Pregnancy e-link" e-newsletters through your email address provided in this registration form?  
你是否願意成為衛生署家庭健康服務網上會員，並定時透過表格內提供的電郵賬戶收取本服務單位編製的《懷孕悅訊》？

Yes 是  
 No 否

Please choose the language of the "Pregnancy e-link"  
請選擇《懷孕悅訊》的語言

English 英語  Chinese (Traditional) 中文(繁體)  Chinese (Simplified) 中文(簡體)

<sup>#</sup> Please read the information on subscribing "Pregnancy e-Link" and Online membership programme before registration.  
請閱讀衛生署家庭健康服務網上會員登記及訂閱《懷孕悅訊》的說明。

### Father of Pregnancy:

胎兒父親資料：

Surname 英文姓氏：  First name 英文名：

中文姓名：  中文電碼：

Date of birth:  -  -  (DD-MM-YYYY)  
出生日期： ( 日日-月月-年年 )

Education Level 教育程度：  Occupation 職業：

Local Contact Telephone 本地聯絡電話：

Please provide other contact person, if you do not want to disclose information about the father of pregnancy.

如不願提供胎兒父親資料，請填寫其他聯絡人。

中文姓名：  Relationship 關係：

Surname 英文姓氏：  First name 英文名：

Local Contact Telephone 本地聯絡電話：

【End 完】

Page 2