

明愛馬鞍山中學  
2024 至 2025 年度通告第 65 號

寄宿生入宿身體檢查事宜

敬啟者：

根據教育局的規定，每位入住本校的寄宿生必須接受健康檢查，以確保每位本校寄宿生的學生的健康與安全。這項檢查是保障學生健康的重要步驟，具體要求如下：


1. 檢查執行：健康檢查必須由一名本港合資格的醫生進行
2. 報告要求：家長須於 2025 年 1 月 2 日或之前安排子女完成檢查，及把「入住前健康檢查報告書」遞交給家舍導師。
3. 費用：自費
4. 備註：若未能依時遞交報告者，將影響 貴子女的入宿資格。

如家長對以上事宜有任何查詢，請致電 2642 8628 與家舍導師聯絡。

此致  
各位家長



校長

  
曹 雪 蓮

謹啟

2024 年 11 月 21 日



----- 家長回條 -----

**2024 至 2025 年度通告第 65 號**  
**寄宿生入宿身體檢查事宜**  
**此回條須於 11 月 25 日(星期一)交回曾德雅舍監**

敬覆者：

本人已知悉有關「寄宿生入宿身體檢查事宜」詳情。

此覆  
明愛馬鞍山中學校長

學生姓名 : \_\_\_\_\_ 班 \_\_\_\_\_ ( )  
家長/監護人簽署 : \_\_\_\_\_  
家長/監護人姓名 : \_\_\_\_\_  
聯絡電話 : \_\_\_\_\_  
日 期 : \_\_\_\_\_

# 明愛馬鞍山中學 (附設宿舍)

## 入住前健康檢查報告書

甲部：(由家長填寫)

宿生姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 身份證號碼： \_\_\_\_\_

入住日期： \_\_\_\_\_

父母或監護人姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_

日間聯絡電話： \_\_\_\_\_ 手提電話： \_\_\_\_\_

住址： \_\_\_\_\_

電郵地址： \_\_\_\_\_

乙部：(由註冊醫生填寫)

Hospital/ Clinic Ref. No 醫院/診所檔號： \_\_\_\_\_

Physical Examination 體格檢查

Classification	Situation	Classification	Situation
General Physique 普通情況	良好 / 普通 / 欠佳	Lungs 肺	良好 / 普通 / 欠佳
Fontanelles & Head 頭及額	良好 / 普通 / 欠佳	Abdomen 腹	良好 / 普通 / 欠佳
Nutrition 營養	良好 / 普通 / 欠佳	Umbilicus 臍	良好 / 普通 / 欠佳
Skin 皮膚	良好 / 普通 / 欠佳	Genitals 生殖器官	良好 / 普通 / 欠佳
Eyes & Vision 眼目視覺	良好 / 普通 / 欠佳	General Intelligence 智力	良好 / 普通 / 欠佳
Nose 鼻	良好 / 普通 / 欠佳	Extremities & Spine 四肢及脊骨	良好 / 普通 / 欠佳
Mouth 口腔 Teeth/Tonsils 牙齒/扁桃腺	良好 / 普通 / 欠佳	Height 身高	cm
Speech 言語	良好 / 普通 / 欠佳	Weight 體重	kg
Glands 腺	良好 / 普通 / 欠佳	Blood Pressure 血壓	上血壓 mmHg 下血壓 mmHg
Heart 心臟	良好 / 普通 / 欠佳	Pulse 脈搏	/min
其他			

丙部：(由註冊醫生填寫)

Recommendation 建議

The applicant is fit for admission to the dormitory – 申請人適合入住宿舍

是 Yes

否 No

丁部：其他批註 Other Comment

---

---

---

Medical Practitioner's Signature 醫生簽署		Name of Hospital/Clinic 醫院/診所名稱	
Medical Practitioner's Name 醫生姓名		Stamp of Hospital/Clinic/Medical Practitioner 醫院/診所/醫生印鑑	
Date 日期			