



# 惠僑英文中學

## WAI KIU COLLEGE

九龍石硤尾偉智街十七號  
17 Wai Chi Street, Shek Kip Mei, Kowloon, Hong Kong.  
電郵地址(E-mail): wkc@wkc.edu.hk

電話: 852-2777 6289 傳真: 852-27767727  
Tel: 852-2777 6289 Fax: 852-27767727  
網址(Website): <http://www.wkc.edu.hk>

檔案編號: SGS\_SHD 22-23/01

敬啟者:

### 「注射流感疫苗計劃」

本校與基督教聯合那打素社康服務合辦「注射流感疫苗計劃」，鼓勵學生接受適切的流感防疫注射，保障學童健康。有關注射疫苗詳情如下：

合辦機構：	基督教聯合那打素社康服務（擁有 18 年外展注射服務經驗）
注射服務：	所有注射服務由註冊護士負責
疫苗種類：	（四價）預防流感疫苗（肌肉注射）
注射日期：	2022 年 11 月 17 日
注射地點：	本校禮堂
校園優惠價：	<b>費用全免</b>
注射疫苗須知：	詳情可參閱附件內容

煩請 閣下填妥回條，由 貴子女於 2022 年 11 月 14 日(一)前連同身份證副本及疫苗資助同意書交回班主任，以便辦理。若 閣下對上述事宜有任何查詢，可致電 2777- 6289 與健康校園小組楊玉海老師聯絡或致電社區醫療外展部電話 2357 - 4008 查詢。

此致  
各位家長

校長：  謹啟  
鄭智賢 M.H.

二零二二年十一月九日  
(註：本信函需加蓋校印方為有效)

-----條-----  
檔案編號: SGS\_SHD 22-23/01

敬覆者：

本人為中\_\_\_\_\_班學生 \_\_\_\_\_( ) 家長，現已知悉「注射流感疫苗計劃」之通告。本人已了解及明白有關流行性感冒預防注射事項，並

- 同意 敝子女參加「流感疫苗計劃」。(已填妥參加同意書)  
 不同意 敝子女參加「流感疫苗計劃」。

此覆

惠僑英文中學校長

家長簽署：\_\_\_\_\_

家長聯絡電話：\_\_\_\_\_

二零二二年十一月\_\_\_\_日

【請於適當空格內加「✓」號】

## 承諾及聲明

1. 本人特此聲明，本人在此同意書中所提供的一切資料，全屬真確。
2. 本人同意把此同意書中本人 / 本人子女 / 受監護者的個人資料及有關是次會診的任何資料供政府用於「收集個人資料目的」所述的用途。本人特此同意醫生將上述個人資料及有關是次會診的任何資料轉交及發放予政府、其代理人或其他獲政府授權的人士。本人備悉當局或會與我聯絡，以核實有關資料及本人 / 本人子女 / 受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 適用於香港特別行政區智能身份證持有者：本人同意授權醫生讀取儲存在本人 / 本人子女 / 受監護者香港特別行政區智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼，中英文姓名，出生日期和香港身份證簽發日期)，以供政府於「收集個人資料目的」所述的用途。
4. 此同意書受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
5. 本人已仔細閱讀此同意書及完全理解此同意書中本人的義務和責任。

## 收集個人資料目的聲明

### 收集個人資料目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
  - (a) 開設、處理及管理醫健通 (資助) 戶口，資助付款，以及執行和監察疫苗資助計劃，包括但不限於通過電子程序與入境事務處的數據核對；
  - (b) 作統計和研究用途；
  - (c) 接收由政府提供的疫苗接種資訊；以及
  - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 就是次會診作出的疫苗接種記錄，可給公營及私營醫護人員取得，作為決定及提供服務使用者所需要的醫療服務的用途。
3. 衛生署可向社會福利署透露 / 索取你的個人資料及記錄，以核實你為衛生署疫苗資助計劃下的合資格組別人士。
4. 提供個人資料乃屬自願性質。如果你不提供充分的資料，可能無法使用資助。

### 接受轉介人的類別

5. 你所提供的個人資料，主要是供政府內部使用，但政府亦可能於有需要時，因以上第 1、2 段所列收集資料的目的而向其他機構和第三者人士披露。

### 查閱個人資料

6. 根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章) 第 18 和第 22 條以及附表 1 保障資料原則第 6 原則所述，你有權查閱及修正你的個人資料。本署應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

### 查詢

7. 如欲查閱或修改有關提供的個人資料，請聯絡：  
行政主任(疫苗資助計劃)  
地址：九龍紅磡德豐街 18-22 號海濱廣場二座 3 樓  
電話：2125 2125



適用於 65 歲以下人士

衛生署  
疫苗資助計劃  
使用疫苗資助同意書

醫健通 (資助) 交易號碼 (由醫生填寫)  
只可填寫一個交易號碼

TG \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

注意：請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。接種兩劑受資助的疫苗須填寫兩份同意書。  
在簽署本同意書前，請先閱讀有關上述資助計劃及所接種疫苗資料的單張。  
請在適當位置加上“√”號及 \* 刪去不適用者。

\*\*\*\*\*

本人同意使用政府在疫苗資助計劃下提供的資助為本人 / 本人的子女 / 受監護者 \* 接種季節性流感疫苗，詳情如下：

醫生姓名	Dr. Lai Kit Chi	接種日期	2022/11/17
接種疫苗地點名稱	惠僑英文中學	班別:	_____( )

季節性流感疫苗種類及劑次 (請在適當位置加上“√”號)

<input checked="" type="checkbox"/> 滅活四價疫苗 (注射式)	9 歲或以上人士： <input checked="" type="checkbox"/> 本季度唯一一劑
<input type="checkbox"/> 滅活四價疫苗 (噴鼻式)	9 歲以下兒童但過往季度曾接種季節性流感疫苗： <input type="checkbox"/> 本季度唯一一劑
<input type="checkbox"/> 重組四價疫苗 (注射式)	9 歲以下兒童並從未接種季節性流感疫苗： <input type="checkbox"/> 本季度第一劑 <input type="checkbox"/> 本季度第二劑

資格聲明 (請在適當位置加上“√”號及 \* 刪去不適用者)

本人確認 ~~本人 / 本人子女 / 受監護者~~ \* 為香港居民及：

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。如需要，請在簽名前另存一份複本。請在此簽名

本人正在懷孕  
由登記參與計劃的主診醫生確認懷孕：\_\_\_\_\_ 登記參與計劃的主診醫生簽署確認

本人年齡介乎 50 至未滿 65 歲 (年屆 65 歲或以上長者請使用另一表格)

本人子女 / 受監護者 \* 年齡介乎 6 個月至未滿 18 歲 或 已年滿 18 歲或以上並現正就讀香港的中學 (如屬後者，請提供學生手冊或學生證副本)

本人子女 / 受監護者 \* 乃智障人士並持有：  
 殘疾人士登記證 (註明「智障」或「弱智」)  
 由註冊醫生發出的醫生證明書以證明本人子女 / 受監護者 \* 有資格接受資助接種疫苗  
 指定的智障人士服務機構負責人所簽發的證明書  
 (請提供前述證明文件副本)

本人 / 本人子女 / 受監護者 \* 為：  
 領取社會福利署傷殘津貼人士 (請提供傷殘津貼批准信副本)  
 領取社會福利署綜援計劃標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士  
 (請提供證明文件副本及簽署登記參與計劃醫生提供的聲明書)



**服務使用者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)**

姓名： _____ (英文) (姓氏) (名字)	_____ (中文) (姓氏) (名字)
出生日期： ____ / ____ / ____ (日日/月月/年年年)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<b>身份證明文件</b> (請選擇下列其中一項身份證明文件，在適當位置加上“✓”號及填寫所需資料) 註：年滿 12 歲或以上人士只可使用香港居民身份證或豁免登記證明書	
<input type="checkbox"/> 香港出生證明書登記號碼： _____	_____ ( )
<input checked="" type="checkbox"/> 香港居民身份證號碼： 簽發日期： ____ / ____ / ____ (日日/月月/年年)	_____ ( ) 身份證符號標記： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> U
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區回港證號碼 (以“RM”或“RS”開首)： 簽發日期： ____ (日日/月月/年年年)	R _____
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區簽證身份書證件號碼 (以“D”開首)： 簽發日期： ____ (日日/月月/年年)	D _____
<input type="checkbox"/> 香港居留期許可證 (ID-235B) 出生登記編號： 獲准逗留至： ____ (日日/月月/年年年)	_____ ( )
<input type="checkbox"/> 非香港旅遊證件號碼 (例：外地簽發的護照)： 香港入境處簽證 / 參考編號： _____	_____ ( )
<input type="checkbox"/> 生死登記處發出被領養兒童的領養證明書記項編號： _____	_____ / _____
<input type="checkbox"/> 豁免登記證明書編號： 檔案編號： 豁免登記證明書編號上的香港身份證號碼： 簽發日期： ____ (日日/月月/年年年)	_____ _____ _____ ( )

我已閱讀及完全理解此同意書中服務使用者的義務和責任及收集個人資料目的。

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。  
如需要，請在簽名前另存一份複本。 請在此簽名

服務使用者簽署 (如不會讀寫<sup>△</sup>，請印上指模)： \_\_\_\_\_

聯絡電話號碼： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**如服務使用者未滿 18 歲 或 精神上無行為能力，父母 / 監護人須填寫以下資料：** 當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。  
如需要，請在簽名前另存一份複本。 請在此簽名

父母 / 監護人簽署： \_\_\_\_\_

父母 / 監護人姓名： \_\_\_\_\_

與接種疫苗者的關係： 父 母 監護人

聯絡電話號碼： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**△ 如服務使用者精神上有行為能力但不會讀寫，見證人須填寫以下資料：**

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。  
如需要，請在簽名前另存一份複本。 請在此簽名

本人見證此同意書已在服務使用者面前朗讀及解釋。

見證人簽署： \_\_\_\_\_

見證人姓名： \_\_\_\_\_

香港居民身份證號碼 (只要英文字母及首 3 個數字)： \_\_\_\_\_ X X X (X)

聯絡電話號碼： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_



- 2022/23 滅活流感疫苗(北半球) · 可防禦四種流感病毒:
1. 類甲型 A維多利亞 Victoria/25/02019 (H1N1)pdm09 病毒
  2. 類甲型 A達爾文 Darwin/9/2021(H3N2) 病毒
  3. 類乙型 B奧地利 Austria/3594/17/2021 病毒 (乙型維多利亞世系)
  4. 類乙型 B布吉 Phuket/3073/2013 病毒 (乙型山形世系)

建議注射流行性感感冒疫苗人士

滿 6 個月以上人士已經可以接受流感疫苗，而疫苗尤其適合:

- 孕婦
- 6 個月至未滿 12 歲兒童
- 50 歲或以上人士
- 居於殘疾人士院舍的長期宿友
- 有長期健康問題人士/有慢性疾病人士
- 醫護人員
- 需要經常與人接觸的人士
- 擔心於 COVID 流行期間，因患上流感而受到嚴重危害的人士

不適合注射疫苗人士

- 6 個月以下嬰兒
- 對流感疫苗內任何成份或過往的流感注射有過敏反應
- 在注射當日身體嚴重不適或有發熱症狀的人士 (請延後注射時間)
- 曾經患有格林-巴利氏綜合症(Guillian-Barre Syndrome) 的人士，請先諮詢醫生

注意：流感疫苗可與任何其他疫苗 (包括滅活疫苗) 同時接種，或在之前或之後的任何時間共同實行。但若參加者有其他考量，請先諮詢家庭醫生。

注射份量

- 9 歲以上人士建議每年需接受流感疫苗一次
- 若 9 歲以下的小童過往從未接受過流感疫苗，需在完成第一針後的四星期後，注射第二針

接種後反應

- 一般而言，接受流感疫苗是非常安全的。
- 注射後的常見反應，包括針口週邊位置出現紅/腫/疼痛的局部現象，亦可能於接種疫苗後 6-12 小時內，出現輕微發熱、流鼻涕、肌肉疼痛或疲倦等短暫徵狀；症狀通常會在二至三天內減退。
- 罕見副作用 → 患上格林-巴利氏綜合症(一種神經根病變的疾病)(約一百萬分之一或二二的機會)
  - 腦膜炎或腦病變(三百萬分之一的機會)
  - 嚴重過敏反應(一千萬分之九的機會)



除了接種疫苗外，恆常運動、均衡飲食、良好作息、在流感高峯期避免前往人多擁擠的公眾地方、保持良好的個人和環境衛生，也是預防流感的有效方法。

聯絡我們

☎ 外展部：2357-4008

<b>觀塘</b>	<b>藍田</b>	<b>佐敦</b>	<b>大埔</b>	<b>天水圍</b>
賽馬會和樂社區健康中心	白雲理康中心	賽馬會聯合那打素佐敦健康中心	廣福社區健康中心	賽馬會天水圍社區健康中心
協和街和樂邨居安樓 26-33 號地下	廣田邨廣田商場 203 室	佐敦道 23 號新豐廣場 13 樓全層	廣福邨廣仁樓地下 19 號	天晴邨天晴社區綜合服務大樓 1 樓 103 室
☎2344-3444	☎2340-3022	☎2770-8365	☎2638-3846	☎3156-9000

版權所有 • 翻印必究

職員專用  
 Regular  C/SS  A/VSS  B/VSS  P/W  
 DA/Recipients  PID/VSS  E-consent

2022/23

家長/監護人同意書

以下人士須由家長/監護人填寫同意書：  
 18 歲以下 / 精神上無認知能力的人士

**(甲) 參加者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)**

姓名(中文): \_\_\_\_\_ 性別:  男  女  
 年齡: \_\_\_\_\_ 年 團體名稱: Wai Kiu College (如適用)  
 出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 班別: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_

衛生署流感疫苗資助計劃

如參加者符合申請，家長/監護人必須同時填寫下方格內所有資料  
 注意：未能清楚提供有效香港居民身份證明文件及其他所需證明文件之參加者，有機會不能申請衛生署資助，將會被要求交回本次疫苗注射費用

本人確認本人子女/受監護者為香港居民及符合以下其身份：  
 a. 兒童/年齡介乎 6 個月至未滿 12 歲或正就讀於香港小學  
 b. 智障人士  
 c. 正在領取社會福利署傷殘津貼人士正在領取綜援標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士  
 d. 50 歲或以上 (精神上無認知能力的人士)

香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ ( )  
 香港身份證號碼 / 其他證明文件號碼: \_\_\_\_\_  
 12 歲或以上必須填寫有效香港身份證資料  
 簽發日期: 香港身份證號碼下面所有數字必須包括日-月-年  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**(乙) 參加者個人健康記錄 (請回答下列問題，在適當的空格加上 ☑)**

1. 參加者是否第一次接受預防流感疫苗注射?  不清楚  是  否
2. 參加者是否對雞蛋/曾接種過的疫苗或藥物有過敏反應?  
 若答「是」請註明：雞蛋過敏反應:  出疹  麻痺、面腫  其他: \_\_\_\_\_  
 疫苗/藥物名稱及反應: \_\_\_\_\_
3. 參加者是否曾注射流疫苗後出現手腳麻痺/無力或其他過敏反應?  是  否
4. 參加者是否為出血病患者或正服用抗凝劑(薄血丸)?  是  否
5. (於注射日回答)注射日時，參加者是否有發癢/嚴重不適徵狀?  是  否

本人 \_\_\_\_\_ 乃上列參加者之 家長 / 監護人 (請刪去不適用)，本人聲明以上資料全屬正確，並同意本人的 兒 / 女 / 受監護人接受 2022/23 注射式滅活流感疫苗(四價)注射。

若不會填寫，請印上手印  
 (手指模)並註明所屬手指  
 家長/監護人簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
 聯絡電話 (必須填寫): \_\_\_\_\_

職員專用欄

Prescription: Fluarix Tetra 2022/23 strains 0.5ml  1 dose  2 doses Intramuscular injection  
 UCN:  OR  WL  BKT  JD  KF  TSW Medical No.: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 1<sup>st</sup> dose-injection Record Given by: \_\_\_\_\_  
 Batch No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 2<sup>nd</sup> dose-injection Record Given by: \_\_\_\_\_  
 Batch No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 外展專用(學校): 接種日沒接種原因:  缺席  身體不適  拒絕接種  其他:  
 身體不適  拒絕接種  其他: