



## 肺塵埃沉着病補償基金委員會

## 醫學監測計劃參加表格

## 報名表格

姓名(中文)：\_\_\_\_\_ 姓名(英文)：\_\_\_\_\_

性別：男  女  出生年份：\_\_\_\_\_ 年齡(\*25-34 / 35歲或以上)：\_\_\_\_\_

身份證號碼：\_\_\_\_\_ (字母加首3位數字，例如 A123)

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 工人註冊證號碼(發證日期至少一年前)：\_\_\_\_\_

在建造業工作年數：\_\_\_\_\_ 工種：\_\_\_\_\_

\*\*\* 過往是否曾參加此項醫學監測計劃：是  否  (如是，參加者必須與上次完成檢查時間相隔36個月或以上，才符合覆檢資格)**\* 對象及資格**

1. 年滿 35 歲之香港居民，並現於建造業工作至少一年(需持有效工人註冊證或由工會／僱主提供證明)，可每3年接受檢查一次。
2. 25至34歲香港居民；及現於建造業工作及工作至少一年(需持有效工人註冊證或由工會／僱主提供證明)，於35歲前可參與檢查一次。

|  |      |   |
|--|------|---|
| 選擇身體檢查地點及時間：<br>預約時間最遲為<br>診所關門時間前個半小時<br><br>(實際時間按個別診所安排而定，<br>職員會於預約時與報名者落實時間)<br><br>* (請於適當的空格內 <input type="checkbox"/> 加上別號✓) | 佐敦：  | 星期一 <input type="checkbox"/> / 四 <input type="checkbox"/> * 晚上  |
|  | 九龍灣： | 星期一上午 <input type="checkbox"/> / 下午 <input type="checkbox"/> / 星期五晚上 <input type="checkbox"/> *<br>星期二至六 上午 <input type="checkbox"/> *<br>星期日 上午 <input type="checkbox"/> / 下午 <input type="checkbox"/> * |
|  | 荃灣：  | 星期日 上午 <input type="checkbox"/> / 下午 <input type="checkbox"/> *<br>星期一 <input type="checkbox"/> 四 / 五 <input type="checkbox"/> * 上午 至 中午  |
|  | 屯門：  | 星期日 上午 <input type="checkbox"/> / 下午 <input type="checkbox"/> *   |
|  | 青衣：  | 星期一至五 <input type="checkbox"/> * 上午 <input type="checkbox"/> / 下午 <input type="checkbox"/> *  |
|  | 沙田：  | 星期一 <input type="checkbox"/> / 三 <input type="checkbox"/> * 下午 三 <input type="checkbox"/> / 四 <input type="checkbox"/> 點 *  |
|  | 將軍澳： | 星期二至五 <input type="checkbox"/> * 上午 <input type="checkbox"/> / 下午 <input type="checkbox"/> *  |
|  | 元朗：  | 星期一至五 <input type="checkbox"/> * 下午   |

你從甚麼途徑得知這計劃：短訊 / 機構：\_\_\_\_\_ / 工地講座 / 其他：\_\_\_\_\_

收到日期：\_\_\_\_\_ 收表職員姓名：\_\_\_\_\_

註：1) 本人明白如未能符合檢查資格(包括覆檢)，需自行支付檢查所涉及之費用。  
2) 肺塵埃沉着病補償基金委員會保留權利拒絕任何人士參加此計劃。

填妥表格後，可透過以下方式遞交表格：

- 1) 親身提交或郵遞(地址：上環永樂街 148 號南和行大廈 15 字樓)
- 2) 電郵：[misp@pcfb.org.hk](mailto:misp@pcfb.org.hk)
- 3) 傳真：2116 0116

以下由肺塵埃沉着病補償基金委員會職員填寫

註(工作證明)

身體檢查日期、時間

20\_\_年\_\_月\_\_日，上/下午\_\_時\_\_分

檢查地點

佐敦 / 九龍灣 / 荃灣 / 屯門 / 青衣 / 沙田 / 將軍澳 / 元朗

通知工友日期

電話 / 即場 \_\_\_\_\_ 寄出信件 \_\_\_\_\_ 電話提醒 \_\_\_\_\_

## 收集、使用、披露及/或轉移個人資料同意許可

### 關於:肺塵埃沉着病/間皮瘤醫學監測計劃(下稱“該項目”)

本人 [ \_\_\_\_\_ ]，現同意許可卓健醫療服務有限公司 (Quality HealthCare Medical Services Limited) (下稱“卓健”)收集、使用及披露下列個人資料(下稱“該資料”)及其轉移該資料予肺塵埃沉着病補償基金委員會(下稱“該委員會”)、醫院、其他醫療機構及/或該委員會委任之服務提供者、勞工處僱員補償科(以下統稱“該機構”)作下列用途(下稱“該用途”)。

#### 該資料

就卓健在該項目提供的服務而言，本人的病歷報告、化驗底片、化驗報告、個人資料及所有經本人提供給卓健的其他資料，以電子形式或其他形式提供。

#### 該用途

- (1) 定期進行身體檢查及跟進，以作醫學監測之用
- (2) 在該項目進行期間及完畢之後，卓健及/或任一該機構籌備及進行健康教育講座
- (3) 預防肺塵病、間皮瘤及其他職業病
- (4) 處理有關職業病之補償及
- (5) 統計及/或資料搜集用途

註：

- 1) 所有資料不會轉交工人現在及/或前僱主。
- 2) 凡合資格參加以下政府資助項目之工友，可於診所登記時向有關職員查詢詳情。

| 必須填寫: 請於適當的空格內 <input type="checkbox"/> 加上剔號 ✓ | 有興趣參與                    | 沒有興趣參與或50歲以下人士           |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) 免費注射季節性流感疫苗 (年齡50歲或以上人士)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 免費大腸癌篩查計劃 (年齡50至75歲人士)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

本人明白本人可以在該項目進行期間及完畢之後的任何時間取消本同意許可。如果本人決定取消上述的同意許可的話，本人將會預先發信給卓健，並註明取消上述本同意許可的生效日期，惟該生效日期須在卓健收妥該取消通知信後的 14 天才生效。此外，本人亦明白如未能符合檢查資格(包括覆檢)，需自行支付檢查所涉及之費用。

除非卓健收到由本人簽發的取消同意許可通知信，否則卓健及該機構皆可根據該用途來使用該資料，而無需請示本人。

\_\_\_\_\_  
[ 簽署 ]

姓名: \_\_\_\_\_

身份證號碼: \_\_\_\_\_ (字母加首 3 位數字，例如 A123)

日期: \_\_\_\_\_

生效日期: 01/07/2026