



## 大灣區香港專屬醫療服務中心服務方案

\* 必需填寫

日期

1. 姓名 \*

---

2. 年齡 \*

---

3. 性別 \*

男

女

4. 證件號碼 \*

---

5. 求診事項 \*

---



6. 主診醫生 \*

(含背景資料，合適視頻和文章)

---

---

---

---

---

7. 目標藥物和儀器資料

(主診醫生可能因臨床原因改用其它藥物或儀器)

---

---

---

---

---

8. 醫院和房間級別

(含介紹醫院視頻和圖片)

---

---

---

---

---

---

---

9. 預期時間

---

10. 術後療養

需要

不需要