



Work Injury Medical Scheme – Consultation Record

Patient Name:

HKID:

Clinic Name:

No.	Date	Fee					Diagnosis
		Consult	Dressing	X-ray(s)	Others	Total	
1		\$	\$	\$	\$	\$	
2		\$	\$	\$	\$	\$	
3		\$	\$	\$	\$	\$	
4		\$	\$	\$	\$	\$	
5		\$	\$	\$	\$	\$	
6		\$	\$	\$	\$	\$	
7		\$	\$	\$	\$	\$	
8		\$	\$	\$	\$	\$	
9		\$	\$	\$	\$	\$	
10		\$	\$	\$	\$	\$	
11		\$	\$	\$	\$	\$	
12		\$	\$	\$	\$	\$	
13		\$	\$	\$	\$	\$	
14		\$	\$	\$	\$	\$	
15		\$	\$	\$	\$	\$	