

致：香港青年協會
全健綜合大樓
電話：3844 5140



香港青年協會
the hongkong federation of youth groups

香港青年協會內部使用

跟進日期：_____

轉介編號：_____

精神健康支援服務 個案轉介表

轉介者資料

填寫日期：_____

轉介者姓名：_____ 機構(單位)：_____

電話：_____ (辦公室) _____ (手提) 電郵：_____

轉介服務 (以下為自資服務)

☐ 臨床心理學家 ☐ 社工(精神健康) ☐ 營養師 ☐ 其他專業 _____

案主資料 (*刪去不適用者)

姓名：_____ (中文) _____ (English)

性別：*男 / 女 出生日期：____年____月____日 若對象不足 18 歲，已知會其家長：*有 / 否

住址：_____ 電話：_____

就讀學校(如適用)：_____ 班級(如適用)：_____

經濟現況：☐ 綜援 ☐ 全額書簿津貼 ☐ 半額書簿津貼 ☐ 無任何津貼 ☐ 其他 _____

案主現況 (請☒適用內容 *刪去不適用者)

精神健康狀況：☐ 抑鬱 ☐ 焦慮 ☐ 驚恐 ☐ 狂躁 ☐ 失眠 ☐ 專注力不足 ☐ 食慾不振 ☐ 其他 _____

相關行為：☐ 傷人 ☐ 自殘 ☐ 威嚇 ☐ 群毆 ☐ 欺凌 ☐ 衝動易怒 ☐ 偷竊 ☐ 參與黑社會

☐ 偷拍 ☐ 性罪行 (請註明：____) ☐ 吸毒 ☐ 從事非法行為 ☐ 其他 _____

轉介原因

若案主未滿 18 歲，須填寫此欄

本人 _____ (案主姓名)
已清楚精神健康支援服務之主要內容，及同意貴單位通知本人的家長或監護人參與上述服務。

案主簽署：_____

本人 _____ (家長 / 監護人姓名) 已清楚
精神健康支援服務之主要內容，且確知案主之健康情況適宜參與有關服務。現同意案主
(關係 _____) 參與上述服務。

*家長 / 監護人簽署：_____

緊急聯絡電話：_____

聲明：在符合〈個人資料(私隱)條例〉規定的情況下，如無有關資料當事人的訂明同意，上述個人資料不得用於提供是次轉介服務以外目的，亦不可保存超過達到上述目的而須用上述資料的所需期限。