



EF 1.2

### 個案轉介表

請將轉介表電郵或傳真至本中心。  
傳真：2877 9559  
電郵：icapt@tungwah.org.hk

**被轉介者資料**  兒童或青少年(6-24 歲)  照顧者 (與兒童或青少年之關係：\_\_\_\_\_)

被轉介者姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)

性 別：\_\_\_\_\_ 年 齡：\_\_\_\_\_ 教育程度：\_\_\_\_\_

住 址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ (手提電話) \_\_\_\_\_ (住宅)

**被轉介者同意轉介聲明**  書面同意  已獲被轉介者(及家長)之口頭同意 (如未能簽署)

本人 \_\_\_\_\_ (姓名) 同意 \_\_\_\_\_ (轉介機構) 轉介  
本人接受東華三院心瑜軒「照顧有「家」支援計劃之服務，並將本人之個人資料交予該機構。

(年滿 18 歲之被轉介者適用)

(未滿 18 歲之被轉介者適用)

被轉介者簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

家長簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

### 被轉介者之成癮問題或困擾

兒童或青少年

照顧者

網絡成癮 (過度使用電子屏幕產品，並難以自我控制)

學業問題  身體健康問題  人際關係問題

自理/自律問題  時間管理問題

精神健康層面：

診斷：\_\_\_\_\_

失眠  睡眠質素下降

情緒問題  其他：\_\_\_\_\_

親職管教壓力

親子關係問題

夫妻關係問題

精神健康層面：

診斷：\_\_\_\_\_

失眠  睡眠質素下降

情緒問題  其他：\_\_\_\_\_

### 被轉介者之背景及服務需要

### 轉介機構/單位資料

姓名：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

貴單位會否繼續跟進此個案： 會  不會

日期：\_\_\_\_\_ 聯絡人/督導簽署：\_\_\_\_\_