



東華三院

Tung Wah Group of Hospitals

心瑜軒

Integrated Centre on  
Addiction Prevention & Treatment

ICAPT 1.4C

**個案轉介表**  
(由轉介機構填寫)

致： 東華三院心瑜軒  
九龍大角咀通州街 135-137 號  
明德中心 10 樓 B 室  
電話： 2827 1408 傳真：2877 9559

**(1) 個案資料**

案主姓名： \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)  
性 別： \_\_\_\_\_ 出生年月(MM/YY)： \_\_\_\_\_ 身份證號碼： \_\_\_\_\_ (頭四個數目字)  
住 址： \_\_\_\_\_  
聯絡電話： \_\_\_\_\_ (手提電話) \_\_\_\_\_ (住宅)

**(2) 案主同意轉介：**  口頭同意  書面同意

**(3) 轉介機構/單位資料**

轉介機構單位名稱： \_\_\_\_\_  
轉介工作人員姓名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_

**(4) 個案是否出現以下的成癮問題或危機(可選多項)**

以下是有關個案自身的問題  
 以下是有關個案之家人親友的問題 (請註明關係： \_\_\_\_\_)

**成癮**

濫用藥物/吸毒  酗酒  病態賭博  上網成癮  
 性成癮  消費成癮  吸煙  飲食成癮  
 其他

**精神健康問題**

診斷： \_\_\_\_\_

**危機/健康問題**

自我傷害  自殺  家庭暴力  財政/債務問題  
 身體健康問題  智障  其他 \_\_\_\_\_

**(5) 個案背景及服務需要**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(6) 服務跟進**

貴單位會否繼續跟進此個案： 會  不會

跟進服務內容為： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 聯絡人/主任簽署： \_\_\_\_\_