



## 轉介表

致：明愛風信子行動 由：\_\_\_\_\_  22歲或以下年輕媽媽  
電話：3582 4471 電話：\_\_\_\_\_  24歲或以下濫毒媽媽及  
傳真：3107 0315 傳真：\_\_\_\_\_ 育有兩歲以下子女的媽媽

### 個案資料

中文姓名：		英文姓名：	
性別：	年齡：	出生日期：	
身份證號碼：		聯絡號碼：(住) _____ (手提) _____	
聯絡地址：			
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		與伴侶關係：良好／一般／差	
職業：學生 / 主婦 / 失業 / 就業：_____ <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 / 不詳			
<input type="checkbox"/> 懷孕期間(約__週；預產期：_____ ) / 嬰兒出生日期：_____			
照顧嬰兒計劃：			
下次覆診日期及地點：_____			
初步問題/需要：(可✓多於一項)			
<input type="checkbox"/> 未婚懷孕 <input type="checkbox"/> 吸毒 <input type="checkbox"/> 濫交 <input type="checkbox"/> 幼兒照顧 <input type="checkbox"/> 懷疑虐兒 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 經濟援助 <input type="checkbox"/> 住屋安排			
<input type="checkbox"/> 家庭關係(姻親/兄弟姊妹/父母子女/夫婦/其他*_____)			
所需服務：			
<input type="checkbox"/> 情緒支援 <input type="checkbox"/> 戒毒輔導 <input type="checkbox"/> 產前準備 <input type="checkbox"/> 產後護理 <input type="checkbox"/> 新手媽媽適應 <input type="checkbox"/> 朋輩輔導 <input type="checkbox"/> 減壓活動			
<input type="checkbox"/> 其它 _____			
補充資料(如社交支援)：_____			

當事人同意轉介：頭 / 書面 \*(請填妥下列之同意書)

本人\_\_\_\_\_，明白服務內容，並願意接受服務及將本人資料交予明愛風信子行動社工，以便日後他們與本人聯絡。 簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

轉介人姓名：\_\_\_\_\_ 職位/機構名稱：\_\_\_\_\_  
聯絡人電話：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

<此部份由風信子職員填寫> (PC # \_\_\_\_\_)

<回覆>

本中心於\_\_\_\_\_ (日期) 接獲轉介，將由本服務社工\_\_\_\_\_負責，  
聯絡電話號碼 \_\_\_\_\_。

收件人：

_____	_____	_____
簽署	姓名	職級
_____	_____	_____
日期	時間	機構蓋章