



### 轉介表

致：明愛風信子行動 由：\_\_\_\_\_

電話：3582 4471 電話：\_\_\_\_\_

傳真：3107 0315 傳真：\_\_\_\_\_

- 22歲或以下年輕媽媽
- 24歲或以下濫毒媽媽及  
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：                     |
| 身份証號碼：   |     | 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：_____；預計生產醫院：_____)   |     |                           |
| 照顧嬰兒計劃：  |     |                           |
| 下次覆診日期及地點：   |     |                           |
| <input type="checkbox"/> 已育有子女_____名 (出生日期：_____；性別：_____)   |     |                           |
| 初步問題/需要：(可 <input checked="" type="checkbox"/> 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<br><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<br><input type="checkbox"/> 其它：_____   |     |                           |
| 補充資料 (如社交支援)：_____   |     |                           |

當事人同意轉介：口頭 / 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。當事人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

轉介人姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

轉介機構名稱：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_

<此部份由風信子職員填寫>  
個案編號：\_\_\_\_\_

#### <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\_\_\_\_\_。

姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_

職級：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 機構蓋章：\_\_\_\_\_