



### 轉介表

致：明愛風信子行動 由：\_\_\_\_\_

電話：3582 4471 電話：\_\_\_\_\_

傳真：3107 0315 傳真：\_\_\_\_\_

24歲或以下的年輕媽媽

24歲或以下的濫藥媽媽

#### 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"/> 濫藥 <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*_____)			
過往/現在是否有濫藥的情況？			
<input type="checkbox"/> 曾有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
濫藥的種類：_____			
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：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：\_\_\_\_\_