



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：_____