



## 個案轉介服務表

### (甲) 轉介方資料

轉介機構: \_\_\_\_\_ 轉介工作人員姓名: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_ 傳真: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### (乙) 個案資料

案主姓名: \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)  
年齡: \_\_\_\_\_ 職業: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_ (手提)  
住址: \_\_\_\_\_

濫藥種類: (可✓多項)

海洛英    冰    可卡因    大麻    氫胺酮    安定    咳藥水  
天拿水    忽得    白瓜子    藍精靈    搖頭丸    美沙酮    十字架  
其他: (請註明) \_\_\_\_\_

個案背景 / 濫藥歷史:

\_\_\_\_\_

曾接受服務: (可✓多項)

醫療    院舍戒毒    法庭判決    社工輔導    其他: (請註明) \_\_\_\_\_

個案需要:

\_\_\_\_\_

工作人員簽署: \_\_\_\_\_

機構督導簽署: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

### (丙) 被轉介者聲明

本人 \_\_\_\_\_ 同意將上述資料作申請基督教香港信義會靈愛中心的服務之用。

受轉介者簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

### (丁) 靈愛中心 回覆

由本中心填寫

本中心於 \_\_\_\_\_ (日期) 收到 貴機構轉介上述個案資料, 作申請本中心服務之用。

本中心已於 \_\_\_\_\_ (日期) 接觸受轉介者, 經初步接觸後, 其 同意 / 不適合 由本中心跟進。若有任何查詢, 請致電與負責職員 \_\_\_\_\_ 聯絡。

單位主任簽署: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

#### 服務承諾

1. 本中心收到轉介表後, 1 星期內將接觸受轉介者, 並確定其是否適合由本中心跟進。
2. 接見後 2 個工作天, 以書面答覆轉介機構, 知會個案轉介後的跟進計劃。