

保密

同路舍 ImpactHK 電話: 2448 5205 電郵: services@impacthk.org

個案轉介表

一. 個案基本資料

姓名：(中文)		(英文)		性別：男/女	年齡：
地址：		聯絡電話：		身份證號碼：	
如沒有身份證號碼，請填寫其他身份證明文件：		是否已得案主同意，可直接聯絡？ <input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否		國籍/籍貫： _____	
出生日期：____年____月____日					
教育程度：	<input type="checkbox"/> 文盲	<input type="checkbox"/> 略懂文字	<input type="checkbox"/> 能讀能寫(接受教育程度：_____)		
溝通能力：	<input type="checkbox"/> 健談	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 其他方言：	
聆聽能力：	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 耳鳴	<input type="checkbox"/> 右耳較佳	<input type="checkbox"/> 左耳較佳	<input type="checkbox"/> 失聰
緊急聯絡人姓名：	關係：		電話：		
初次接觸來源：	<input type="checkbox"/> 落區認識		<input type="checkbox"/> 轉介：_____		
有否接受社福機構服務？	<input type="checkbox"/> 沒有		<input type="checkbox"/> 如有，請填寫： _____		

二. 健康狀況及社交狀況

身體狀態:	<input type="checkbox"/> 非常理想	<input type="checkbox"/> 理想	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不理想	<input type="checkbox"/> 非常不理想, 原因: _____	
身體疾病: (如有)	<input type="checkbox"/> 風濕	<input type="checkbox"/> 關節痛	<input type="checkbox"/> 中風	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血壓/低血壓
	<input type="checkbox"/> 白內障	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 青光眼	<input type="checkbox"/> 失聰	<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 沒有病痛
	<input type="checkbox"/> 其他:					
精神狀態:	<input type="checkbox"/> 非常理想	<input type="checkbox"/> 理想	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不理想	<input type="checkbox"/> 非常不理想 (_____)	
心理疾病:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	如有: <input type="checkbox"/> 躁狂症 <input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 強迫症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 囤積症; <input type="checkbox"/> 其他: (_____)			
活動能力:	<input type="checkbox"/> 行動自如			<input type="checkbox"/> 步行困難 (沒有用助行工具)		
	<input type="checkbox"/> 需使用助行工具:	<input type="checkbox"/> 拐杖	<input type="checkbox"/> 四腳叉	<input type="checkbox"/> 助行架	<input type="checkbox"/> 輪椅	<input type="checkbox"/> 其他:
進食狀況:	<input type="checkbox"/> 非常理想	<input type="checkbox"/> 理想	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不理想	<input type="checkbox"/> 非常不理想	
個人衛生:	<input type="checkbox"/> 非常理想	<input type="checkbox"/> 理想	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不理想	<input type="checkbox"/> 非常不理想	
社交狀況:	<input type="checkbox"/> 非常理想	<input type="checkbox"/> 理想	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不理想	<input type="checkbox"/> 非常不理想	
宗教信仰:	<input type="checkbox"/> 如有, 請填寫: _____			<input type="checkbox"/> 沒有		

三. 工作及經濟狀況

工作狀況：	<input type="checkbox"/> 全職	<input type="checkbox"/> 兼職	<input type="checkbox"/> 無業	
月薪薪金：	<input type="checkbox"/> 5000 以下	<input type="checkbox"/> 5000-10,000	<input type="checkbox"/> 10,000-20,000	<input type="checkbox"/> 20,001 或以上
欠債：	<input type="checkbox"/> 如有, 金額： _____	<input type="checkbox"/> 無		
CSSA：	<input type="checkbox"/> 有, 編號： _____	<input type="checkbox"/> 無		

四. 居住環境狀況

住處	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有		
如有住處, 類別為	<input type="checkbox"/> 自置物業	<input type="checkbox"/> 公屋	<input type="checkbox"/> 賓館	<input type="checkbox"/> 其他： _____
如沒有住處, 類別為	<input type="checkbox"/> 朋友家	<input type="checkbox"/> 公園	<input type="checkbox"/> 隧道	<input type="checkbox"/> 其他： _____
需要臨時住宿宿期：	<input type="checkbox"/> 短暫(一個月)	<input type="checkbox"/> 普通(三個月)	<input type="checkbox"/> 長期(六個月以上)	

五. 犯案背景

曾於一年內干犯罪行而被定罪：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 不清楚
----------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------

如有, 請詳列罪行類型(性罪行、刑事罪行、科技罪行)及刑期：

六. 服用精神藥物背景

過往一年來服食精神藥物：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有
--------------	----------------------------	-----------------------------

如有：請填下表

藥物名稱	一個月少於一次	兩星期少於一次	一星期一至二次	一星期三至五次	一星期六次以上
大麻	<input type="checkbox"/>				
K 仔	<input type="checkbox"/>				
冰毒	<input type="checkbox"/>				
可卡因	<input type="checkbox"/>				
白粉	<input type="checkbox"/>				
咳藥水	<input type="checkbox"/>				
搖頭丸	<input type="checkbox"/>				
其他：_____	<input type="checkbox"/>				

七. 飲酒背景

過往半年內曾飲酒：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有
-----------	----------------------------	-----------------------------

如有：

一個月少於一次	兩星期少於一次	一星期一至二次	一星期三至五次	一星期六次以上
<input type="checkbox"/>				

八. 自殺傾向

過往半年內曾想過自殺：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有
-------------	----------------------------	-----------------------------

如有：

一個月少於一次	兩星期少於一次	一星期一至二次	一星期三至五次	一星期六次以上
<input type="checkbox"/>				

九. 其他成癮狀況(賭博、性、上網、購物等)：

十. 個案背景及需要評估：

十一. 個案家庭背景資料：

十二. 工作人員評估/建議/合作服務：

轉介同工姓名：_____

轉介同工職位：_____

轉介機構：_____

轉介同工電話：_____

轉介同工/機構會否繼續跟進個案？ 會 / 不會，原因：_____

轉介日期：_____



Address: G/F, No.29, Cherry Mansion, Oak Street, Tai Kok Tsui, Hong Kong.
Website: <http://www.impacthk.org>
A registered charitable institution exempts from tax under Section 88 of the Inland Revenue Ordinance (File No.: 91/15122)

由同路舍同工填寫，建議服務分類：請在□內加✓號

接受服務 拒絕服務 轉介至其他機構

其他：_____

建議：_____

個案工作人員簽署：_____

姓名：_____

日期：_____

個案主管簽署：_____

姓名：_____

日期：_____

項目總監簽署：_____

姓名：_____

日期：_____