

個案編號: _____

接受服務日期: _____

Appendix 2

密件

聖雅各福群會
心思計劃 (社區醫社協作心理健康計劃)



心思計劃
(社區醫社協作心理健康計劃)

個案轉介表

(一) 轉介者資料:

轉介者姓名: _____ 稱位: _____

轉介機構名稱: _____

地址: _____

電話: _____ 辦公室: _____ 傳真: _____ 電郵: _____

(二) 轉介個案之資料:

個案姓名: 中文: _____ 英文: _____

性別/年齡: _____

居住地址: _____

電話: 居住: _____ 手提: _____

(三) 個案撮要:

PHQ9 : _____ Q9 : _____ GAD7 : _____

主要壓力:

個案身心狀態:

個案現時正面對之困擾:

介入/建議:

(四) 轉介服務意向

已獲個案口頭或書面*同意/ 不同意 轉介相關醫療諮詢服務。

轉介者簽名 : _____

日期: _____