



緩痛樂活 - 照顧者痛症及身心康健計劃
LOHAS Relive Pain: Cares Body Pain and
Holistic Wellness Project
服務登記表格
Service Registration Form
***** CONFIDENTIAL *****

Date of Receipt: _____
Record Number: _____
**** For Internal Use Only ****

服務選擇： 中醫 TCM Practitioner 運動教練 Sport Coach
Service Selection: 心理輔導員 Counsellor

I. 申請人資料 Information of Applicant	
姓名 Name : (中文)	性別 Gender : (英文)
出生日期 Date of Birth :	年齡 Age :
出生地點 Place of Birth :	
香港身份證號碼 HKID No. :	
電話 Telephone :	電郵地址 Email Address :
通訊地址 Correspondence Address :	
緊急聯絡人姓名 Name of Emergency Contact :	
緊急聯人電話 Emergency Contact :	關係 Relationship :
婚姻狀況 Marital Status : (請圈出適當答案) (未婚 Single / 已婚 Married / 分居 Separated / 離婚 Divorced / 喪偶 Widowed / 其他 Other)	
子女數目 No. of Children :	教育程度 Education Level :
職業 Occupation : (請圈出適當答案) (受僱工作 Employed: _____ / 自僱 Self Employed / 待業/失業 Unemployed / 學生 Student / 退休 Retired / 家庭照顧者 Homemaker)	
您日常生活有多大程度上需要照顧或協助照顧學生/家人/親屬? (每日/ 經常/ 間中/ 很少 / 不需要)	

II. 申請人狀況 Applicant's Condition
曾接受精神科醫生的治療 Received treatment from psychiatrist: <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes 醫院/診所/中心 Hospital/ Clinic/ Agency _____ 診斷結果 (如有) Diagnosis (If any) _____ 處方藥物 (如有) Prescribed Medication (If any) _____
曾接受個人或團體心理輔導 Received individual or group counselling: <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 請說明: _____
*特別疾病史及長期病癥 Medical history and chronic illness: (*只適用申請中醫服務填寫) <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 請說明: _____
*藥物敏感及其他過敏病史 Drug sensitivity and other allergies history (*只適用申請中醫服務填寫) <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 請說明: _____

*III. 申請輔導服務原因 Reason(s) to apply service: (請剔選 Please tick)					
<input type="checkbox"/>	情緒困擾 Emotional Distress	<input type="checkbox"/>	生理健康 Physical Illness	<input type="checkbox"/>	睡眠困擾 Sleep Problem
<input type="checkbox"/>	婚姻問題 Marital Issue	<input type="checkbox"/>	家庭衝突 Family conflicts	<input type="checkbox"/>	升學及就業 Career Guidance
<input type="checkbox"/>	人際及戀愛關係 Interpersonal Relationships	<input type="checkbox"/>	親子相處及教養 Parent-child Relationship	<input type="checkbox"/>	自我探索及成長 Personal Growth
<input type="checkbox"/>	其他 Others: _____				
常見疼痛病史 Pain History: <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 請說明: _____					

* 只適用申請心理輔導服務填寫

其他備註及補充 Remarks:

--

以下工作人員填寫

填寫日期:				
	(報名評估)			
PHQ-9				
GAD-7				
BPI				
其他問卷:				

接案日期:	初步接案人	姓名:
		職位: 中醫/運動教練/心理輔導員
個案轉介日期:	個案完成日期:	轉介同事姓名:
		職位: 中醫/運動教練/心理輔導員
個案轉介日期:	個案完成日期:	轉介同事姓名:
		職位: 中醫/運動教練/心理輔導員
個案轉介日期:	個案完成日期:	轉介同事姓名:
		職位: 中醫/運動教練/心理輔導員
個案完成日期:	最後接案人	姓名:
		職位: 中醫/運動教練/心理輔導員
文件完成日期:	核對同事:	