

致：香港青年協會 青年違法防治中心
西貢及黃大仙外展社會工作隊主管
電話：2701 8866 傳真：2706 2206
電郵：kenneth.yeung@hkfyg.org.hk

香港青年協會內部專用
轉介編號：_____

Personal Data 個人資料



香港青年協會
the hongkong federation of youth groups

「心渡歷情」- 預防雙重診斷教育輔導計劃

青少年 (10-24 歲) 個案轉介表

轉介者資料		填寫日期：_____
轉介者姓名：_____ 機構：_____		
電話：_____ (辦公室) _____ (手提) 傳真：_____		
受助人資料 (*刪去不適用者)		
姓名：_____ (中文) _____ (English)		
性別：*男/女 出生日期：____年__月__日 若對象不足 18 歲，已知會其家長：*有/否		
住址：_____ 電話：_____		
就讀學校：_____ 班級：_____ 工作地點：_____ (*半職/全職)		
服務對象現況 (請☑適用內容 *刪去不適用者)		
精神健康狀況： <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 驚恐 <input type="checkbox"/> 狂燥 <input type="checkbox"/> 幻聽/幻覺 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 過度活躍 <input type="checkbox"/> 專注力不足 <input type="checkbox"/> 其他_____		
吸毒情況： <input type="checkbox"/> 現有吸毒習慣 <input type="checkbox"/> 過去半年曾有吸毒經驗		
犯罪紀錄 (*過往/現時)：_____ 接受監管：*有 (原因_____)/否		
轉介原因		
_____ _____		
本人_____ (受助者姓名) 已清楚「心渡歷情」- 預防雙重診斷教育輔導計劃之主要內容，及同意本單位通知本人的家長/監護人參與上述服務。 受助者簽名：_____	若受助人未滿 18 歲，須填寫此欄	
	本人_____ (家長/監護人姓名) 已清楚「心渡歷情」- 預防雙重診斷教育輔導計劃之主要內容，且確知本人子女之健康情況適宜參與有關服務。現同意受助者的_____ (關係_____) 參與上述服務。 *家長/監護人姓名：_____ 緊急聯絡電話：_____	

聲明：在符合〈個人資料(私穩)條例〉規定的情況下，如無有關資料當事人的訂明同意，上述個人資料不得用於提供「心渡歷情」轉介服務以外目的，亦不可保存超過達到上述目的而須用上述資料的所需期限。