

本欄由聖公會職員填寫

轉介日期：

編號：

(甲) 接受轉介者資料

姓名： _____ (中文) _____ (英文) _____ (常用稱謂)

性別： _____ 出生日期(年齡)： _____ (_____)

聯絡電話： _____ (家) _____ (手提電話)

住址： _____

職業：(請在適當空格內✓) 學生 兼職： _____

沒有工作 在職： _____

緊急聯絡人： _____ (姓名) _____ (關係) 聯絡電話： _____

背景簡述：

濫藥狀況

過去 6 個月濫藥情況： 經常濫藥者(1 個月內濫藥 4 次或以上) 間歇濫藥者

濫用藥物種類： (可✓多項，請圈出最經常濫用藥物名稱)

大麻 安眠藥 咳藥水 可卡因

冰 安非他命(MDMA) 氯胺酮 天拿水

鎮靜劑(5 仔) 其他： _____

濫藥歷史：

轉介原因及建議提供服務：

本表格一經填寫，即成**保密文件**，請郵寄或傳真(2633 9331)馬鞍山頌安邨頌群樓地下，
香港聖公會福利協會新念坊督導主任收。
查詢請致電 8202 1313 與當值社工聯絡。

(乙) 轉介機構資料

貴機構曾為以上轉介者提供以下服務：

- 電話查詢 接案面談(intake) 輔導服務 醫療服務
 其他：_____

轉介工作人員姓名：_____ 電話：_____ 傳真：_____

轉介機構：_____

(丙) 轉介聲明

本人已得到接受轉介者或其監護人之同意，將個人資料及個案提供予香港聖公會福利協會「新念坊」申請服務，本人並知悉有關資料將會保密，並只作有關服務申請的用途。

轉介者簽署：_____ 日期：_____

新念坊專用

貴機構於_____ (日期)轉介_____ (接受轉介者姓名)到本單位接受服務，轉介者現由本單位社工_____ 跟進*。

如有任何查詢，請致電 8202 1313 與負責社工_____ 聯絡。

中心主任簽署：_____

姓名：_____

日期：_____

* 中心將於 7 個工作天內聯絡轉介者安排面談，而負責社工亦會聯絡貴機構通知跟進情況。