

OCD+身心健康計劃

轉介表格

(Fax: 2568-9855)

服務使用者資料

姓名： _____ 年齡： _____ 性別： _____

使用者類別： 懷疑病者 復元人士 家屬 聯絡電話： _____

地址： _____

所需服務： 實務課程 互助小組 治療小組 治療工作坊 講座
(可✓多項) 短期個案面談 臨床心理學家評估 其他： _____

轉介原因： _____

已求診： 是 (請註明)： _____ 否 不適用

已接受康復服務： 是 (請註明)： _____ 否 不適用

是否有自殺危機： 是 否

是否有暴力危機： 是 否

須特別注意事項(如有)： _____
(例：情緒、心理、行為問題) _____

轉介人資料

姓名： _____ 職位： _____

聯絡電話： _____ 所屬單位： _____

中心 / 單位地址： _____

備註： 本中心 / 單位會繼續跟進上述服務使用者及其家屬的福利需要。
 本中心 / 單位將不再跟進上述服務使用者及其家屬的福利需要。
 其他 (請註明)： _____

轉介人簽名： _____ 日期： _____

聲明：此轉介已獲服務使用者同意。

Baptist Oi Kwan Social Service
Resource and Service Centre for the Relatives of Ex-mentally ill People
OCD+
Referral Form
(Fax: 2568-9855)

Particulars of Applicant

Name: _____ Age: _____ Sex: _____

Nature: Suspected Diagnosis Carer Tel No.: _____

Address: _____

Service(s) Required: Educational Group Mutual Help Group Therapeutic Group Talk
 Workshop Short-term Counseling Assessment by Clinical Psychologist
 Others: _____

Reason of Referral: _____

Medical follow up: Yes (Please specify): _____ No Not Applicable

Rehabilitation Services Joined: Yes (Please specify): _____ No Not Applicable

Having Suicidal Crisis: Yes No

Having Violent Crisis: Yes No

Problems that warrant special attention (if any): _____

Particulars of Referrer

Name: _____ Post: _____

Tel No: _____ Centre / Department: _____

Address: _____

Remarks: Our Centre will **continue** to follow-up the welfare needs of the applicant / applicant's family.
 No follow-up action will be taken by our Centre since the applicant / applicant's family has no other welfare needs at our Centre.
 Others (Please specify): _____

Signature: _____ Date: _____

Declaration: I hereby declare that consent had been obtained from the client prior to this referral.