

《即時通》精神健康守護同行計劃

服務轉介表

(一) 轉介者資料

轉介機構/單位：	職位：
轉介者姓名： (先生/女士)	聯絡電話：
傳真號碼：	電郵地址：

(二) 申請者基本資料

姓名：(中文)	(英文)	性別：男/女
出生日期： (日/月/年)	聯絡電話：	
聯絡地址：		
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他：		
學歷： <input type="checkbox"/> 小學或以下 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 從未入學		
職業： <input type="checkbox"/> 公開就業：_____ <input type="checkbox"/> 輔助就業 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 主婦/夫 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 退休		
角色： <input type="checkbox"/> 復元人士(已確診) <input type="checkbox"/> 受情緒問題困擾人士(未確診) <input type="checkbox"/> 家屬/照顧者：_____ (關係)		
相關精神健康問題： <input type="checkbox"/> 思覺失調 <input type="checkbox"/> 抑鬱症 <input type="checkbox"/> 躁鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 強迫症 <input type="checkbox"/> 人格障礙 <input type="checkbox"/> 其它：_____		
緊急聯絡人(必須填寫)：	姓名：	電話：
緊急聯絡人關係： <input type="checkbox"/> 家人(類別) _____ <input type="checkbox"/> 朋友		
<input type="checkbox"/> 社工(機構名稱) _____ <input type="checkbox"/> 社康護士(機構名稱) _____ <input type="checkbox"/> 其他：_____		
附加服務(可選多項)： <input type="checkbox"/> 不需要附加服務 <input type="checkbox"/> 覆診提醒 <input type="checkbox"/> 服藥提醒		
<input type="checkbox"/> 定期關顧 (<input type="checkbox"/> 早上10:00-1:00 <input type="checkbox"/> 下午2:00-5:00 <input type="checkbox"/> 晚上6:00-9:00)		

(三) 《即時通》會員守則

- 為確保服務質素，通話紀錄會以文字或錄音形式存檔，錄音紀錄存檔一年，文字紀錄在退出服務三年後全部銷毀
- 所有資料絕對保密，錄音存檔只限部門主管有需要時翻查紀錄
- 如通話內容涉及罪案、刑事、法庭命令或危及服務使用者或其他人的人身安全，本會會向警方或政府部門披露相關資料
- 如會員在言語上攻擊工作人員或持續進行不必要的性描述，或涉及濫用服務，本會有權凍結或終止閣下之會籍

本人_____明白服務內容，並同意遵守《即時通》會員守則，請貴機構將本人資料交予《即時通》，以便啟動服務。

轉介者簽署

申請人簽署

#家長/監護人簽署

日期

日期

日期

#未滿十八歲者，需家長或監護人簽署

會員編號：_____ (此欄由會員聯絡主任填寫)