

個案轉介表

請將此表格電郵至 info@cspmacau.com、郵寄或親臨澳門亞美打利庇盧大馬路 89-99 號南華商業大廈 6 樓 605 單位提交。本中心將於收到轉介後 48 小時內致電或以電郵方式確認收到此表格，如有查詢，請與本所聯絡(+853 6366 0911)。

致: 心籽心理治療診所

日期: _____

頁數: _____

緊急

發件者希望以致電 / 電郵方式*確認收到轉介表。

注意: 有關保密性

這是一份保密文件，並只用於上方提及的中心。如您並非預期收件者，現於此通知您有關此文件的保密性，根據澳門特別行政區《個人資料保護法》，您亦無權閱讀、複製或以其他方式傳播任何此處包含的信息。

若本表格中轉介同意書未經簽署，轉介將無法受理。

轉介者資料:

姓名/職稱: _____

機構: _____

電話: _____

電郵: _____

被轉介者資料:

姓名: _____ 生日/年歲: _____ 性別: _____ 主要語言: _____

聯絡電話: _____ 現時服用藥物 (如有): _____

緊急聯絡人: _____ 緊急聯絡電話: _____

法定監護人資料 (如被轉介者未滿 18 歲)

法定監護人姓名: _____ 與被轉介者之關係: _____

電話: _____ 電郵: _____

被轉介者現時是否正接受其他心理服務? 是 否

轉介同意書

我 _____ (被轉介者/法定監護人姓名)* 同意 _____ (轉介者姓名)

轉介我*/ _____ (被轉介者未滿 18 歲)* 至心籽心理治療診所。

我同意轉交與現時轉介有關的報告。

被轉介者/法定監護人*簽名: _____ 日期: _____

*請刪去不適用

要求服務類型:

- 諮詢 評估 心理治療/輔導 遊戲治療/輔導
 其他(請註明): _____

轉介原因(可選多項):

- 危機評估、介入和管理
 自傷 創傷 意外 目睹猝死/意外 其他: _____
- 適應
 學校適應/轉校 生活轉變 家庭問題 性別
 自身/伴侶/子女健康 死亡/疾病 離異 其他: _____
- 行為
 重複/刻板動作 多動 倒退 衝動 侵略行為
 偏差行為 發脾氣 退縮 其他: _____
- 認知
 注意力/專注力 記憶 智力 判斷力 思維紊亂
 其他: _____
- 情緒困擾
 抑鬱 焦慮/擔心 壓力 憤怒 躁狂 恐懼 內疚 其他: _____
- 身心健康問題
 睡眠問題 偏執/多疑 無法區分現實(如妄想、幻覺) 其他: _____
- 特殊教育需要
 學習障礙 注意力/專注力問題 多動問題 自閉症 社交障礙
 其他: _____
- 人際關係
 親子 伴侶 朋輩 工作 社交 其他: _____
- 個人發展和成長
 自我探索 生涯規劃 改變現況 其他: _____
- 物質使用或成癮
 酒精 吸煙 賭博 其他: _____
- 其他: _____

轉介者簽署: _____ 日期: _____

--請附上其他專業/醫療評估及報告(如有)--

Office Use Only

Date Ref. Rec.: _____