



### Case Referral Form 個案轉介表

#### Referrer Information 轉介機構資料

Agency/Unit 轉介機構/單位：			
Referrer 轉介人：		Post 職位：	
Contact No. 聯絡號碼：		Fax No. 傳真號碼：	

#### Case Information 個案資料

Name 姓名：		Nickname 稱呼：	
Sex 性別：		Age 年齡：	
Contact No. 聯絡號碼：		Occupation 職業：	
Address 住址：			
School 就讀學校：			
SEN 特殊學習需要：	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，包括以下： <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 過度活躍/專注力失調 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

#### Brief Background of the Client 個案背景簡述


#### Presenting problem(s) 表徵問題

Including nature, history and extent 包括問題性質、過往經歷及程度




**Assessment of the Problem 個案分析**


**Services Rendered and Effectiveness 曾提供的服務及成效**


**Request Service provided 所需支援服務**


中心主任姓名：

Name of Officer-in-charge: \_\_\_\_\_

中心主任簽署：

Signature of Officer-in-charge: \_\_\_\_\_

Case consented to the referral 個案同意接受轉介

Date 日期：\_\_\_\_\_

Guidance consented to the referral (Applicable to case aged 18 or below)

個案監護人同意接受轉介 (18 歲或以下個案適用)

通訊地址 Address:

九龍黃大仙東頭村祥東樓地下 22 號

No.22, G/F, Cheung Tung Hse, Tung Tau Est, Wong Tai Sin, Kln.

電話 Tel: 2580 2626

傳真 Fax: 3620 3156

電郵 Email: ycsps@caritassws.org.hk