

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)： _____ 日 _____ 月 _____ 年(_____)

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：

轉介原因及建議提供服務：

接受轉介者是 吸毒者本人 吸毒者的家人(請至乙部填寫資料)

吸食毒品狀況

過去 6 個月吸食情況： 慣常吸毒者(1 個月內吸毒 4 次或以上) 間歇吸毒者

吸食毒品種類： (可別選多項)

海洛英(1) 氫胺酮(2) 鎮靜劑(藍精靈/白瓜子)(3) 大麻(4)

搖頭丸(5) 冰(6) 五仔((7) 可卡因(8)

咳藥水(9) 其他(10)： _____ (請註明)

吸毒歷史：

本表格一經填寫，即成保密文件，請郵寄或傳真(2633 9331) 沙田水泉澳邨明泉樓地下 2 室，
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

貴機構曾為上述轉介者提供的服務：

- 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/部門：_____

(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。

轉介機構代表簽署：_____ 日期：_____

新念坊專用

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

如有任何查詢，請致電 8202 1313 與上述社工聯絡。

中心主任簽署：_____

姓名：_____

日期：_____

* 中心將於 7 個工作天內聯絡接受轉介者及 貴機構。