

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。