**賽馬會思妍婦女精神健康計劃**

**保密**

**服務轉介表格**

請簡單填寫下列資料，以便本計劃社工聯絡及進行申請評估。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者姓名/ 稱呼： | |  | | | | | 年齡 : | | |
| \* 請填寫以下**至少一種**聯絡方式 | | | | | | | | | |
| 電話\*： | （手提） | | | 電話\*：（屋企） | | | | 電郵\*： | |
| 地址\*： |  | | | | | \*照顧者姓名: 關係:  聯絡： (如適用) | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| *轉介原因:* | | | | | *現時精神科 / 精神健康綜合社區中心跟進(如有):* | | | | |
| *需要注意的情緒/ 心理/ 精神健康情況:* | | | | | *其他現有服務跟進 (如有):* | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **轉介機構資料** | | | | | | | | | |
| 機構: | | | | | | 轉介者: | | | 職位: |
| 電話: | | | 傳真: | | | 電郵: | | | |
| 曾經與申請者 *通電話* 了解情況? 是 □ 否 □  曾經與申請者 *面談* 了解情況? 是 □ 否 □ | | | | | | 申請者已得悉本計劃將會聯絡她? 是 □ 否 □ | | | |

**香港大學李嘉誠醫學院精神醫學系:** **葵涌區**: 新生精神康復會 安泰軒

賽馬會思妍婦女精神健康計劃 電話: 3552 5420 傳真: 2784 5367

電話: 28315346傳真: 2855 1345 Email: [jcwow@nlpra.org.hk](mailto:jcwow@nlpra.org.hk)

Email: [info@jcwow.org](mailto:info@jcwow.org) **深水埗區**: 香港婦女中心協會

電話: 2386 6256 傳真: 2728 0617

**荃灣區**: 香港明愛 全樂軒 Email: barbara.lau@womencentre.org.hk

電話: 3105 5337 傳真: 3105 0167 新生精神康復會 安泰軒

Email: rsjcwow@caritassws.org.hk 電話: 2319 2103 傳真: 2784 5367

Email: [jcwow@nlpra.org.hk](mailto:jcwow@nlpra.org.hk)