

**(一) 轉介人資料：**

姓名： \_\_\_\_\_ 職位： \_\_\_\_\_

機構名稱： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_ 電郵： \_\_\_\_\_

機構地址： \_\_\_\_\_

轉介日期：	_____	轉介員簽署：	_____	機構印章：	_____
-------	-------	--------	-------	-------	-------

**(二) 兒童資料：**

**個案編號** \_\_\_\_\_ **(轉介機構)**

中文姓名： \_\_\_\_\_ 英文姓名： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 男 / 女

出生日期： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_ 主要照顧者： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_ (住宅)

通訊地址： \_\_\_\_\_

就讀幼兒園/ 學校： \_\_\_\_\_ 班別： \_\_\_\_\_

**(三) 家長/監護人資料：**

**個案編號** \_\_\_\_\_ **(轉介機構)**

中文姓名： \_\_\_\_\_ 英文姓名： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_

與兒童關係： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_ 是否與兒童同住：是/否

聯絡電話： \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (辦公室)

**兒童家庭背景：**

家庭成員 (父母、親屬...)	年齡	職業/學業	與當事人關係 (良好、一般、疏離、惡劣)	同住
				<input type="checkbox"/>

#### (四) 緊急聯絡人資料：

中文姓名： \_\_\_\_\_ 英文姓名： \_\_\_\_\_ 與兒童關係： \_\_\_\_\_  
聯絡電話： \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (辦公室)

#### (五) 服務轉介同意書：(家長/監護人填寫)

書面承諾

本人 \_\_\_\_\_ 知悉及同意子女/兒童被轉介予曚明會，接受相關的心理輔導/小組服務。

簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

#### 個人資料聲明：

1. 本人願意將以上有關兒童與個人資料給予曚明會存檔並供跟進個案輔導員查閱。
2. 本人謹此聲明，以上填寫資料正確屬實。

家長/監護人姓名： \_\_\_\_\_ 簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

#### (六) 轉介安排：

轉介之服務類別：  
 個案輔導  輔導小組

#### 轉介人需知：

兒童哀傷輔導服務專為 18 歲以下歲之兒童及青少年而設，本會接觸轉介者後並安排喪親家長/監護人進行面談，以確認兒童是否需要後進行心理輔導/小組或轉介予其他服務，而有關的評估結果在有需要時將會跟轉介人商討。

**\*\*備註：** 以下情況不適宜轉介至本會，或必須由轉介/其他機構負責跟進該範疇：

1. 有不穩定的健康精神狀況(例如：濫藥、出現幻聽幻覺、出現強烈和具體的自殺傾向等)；
2. 需要長期跟進的兒童發展性問題(例如早期教育訓練、暴力虐待等)；
3. 處理兒童及青少年個案時涉及經濟資助或住屋申請。

## (七) 對喪親兒童狀況之評估：

### 1. 逝者的資料：

逝者為兒童之： 父/ 母                       兄/ 弟/ 姊/ 妹     朋友/同學  
 祖父/ 祖母                       外祖父/ 外祖母     親戚(請註明): \_\_\_\_\_  
 其他(請註明): \_\_\_\_\_

逝者姓名： \_\_\_\_\_ 逝者年齡： \_\_\_\_\_

死亡日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 逝世原因： \_\_\_\_\_

喪禮舉行日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 喪禮儀式： \_\_\_\_\_

其他有關逝者的資料： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. 兒童的現狀：

與死者之關係： 緊密                       依賴                       一般                       疏離                       遺棄  
 其他(請註明)： \_\_\_\_\_  不確定

現時出現各方面的狀況：

經常哭泣                       行為倒退/尿床                       不願接觸他人                       自殘行為  
 進睡問題                       欠缺食慾/突然暴食                       不明原因的身體不適                       影響生活功能  
(如：上學、作息)  
 憂慮                       內疚/ 自責                       憤怒                       突然恐懼/怕黑  
 孤單                       抑鬱                       麻木                       對自己/別人失去信心

有否出現自殺念頭： 有                       沒有                       不確定

其他失落經歷： 親友死亡(請註明)： \_\_\_\_\_ (年份) \_\_\_\_\_  
 其他(請註明)： \_\_\_\_\_ (年份) \_\_\_\_\_  
 不確定 \_\_\_\_\_

其他狀況： 長期病患(請註明)： \_\_\_\_\_  身體障礙(請註明)： \_\_\_\_\_  
 特殊學習困難(請註明)： \_\_\_\_\_  其他(請註明)： \_\_\_\_\_  
 不確定

3. 兒童的支援網絡：

家庭及社區支援： 家人  親戚  朋友  宗教團體  
 學校  不確定  其他(請註明)：

專業人員支援\*：

社工(姓名、機構及電話) \_\_\_\_\_ 個案正被(\*跟進中/已完結)  
 心理學家(姓名、機構及電話) \_\_\_\_\_ 個案正被(\*跟進中/已完結)  
 精神科醫生(姓名、機構及電話) \_\_\_\_\_ 個案正被(\*跟進中/已完結)  
 其他(姓名、機構及電話) \_\_\_\_\_ 個案正被(\*跟進中/已完結)

\*若此個案已接受上述專業人員的跟進，請註明轉介原因：

---

---

---

請將已填妥之轉介表格傳真(2361 6294)，待收妥資料後，我們將進一步與閣下聯絡。

由本會填寫

表格接收日期：		時間：	
跟進輔導員：			