

備註:

*轉介前請先致電了解本會輔導服務地點/收費等最新安排。

*留意傳真前/後與本會職員聯絡，以確保轉介表格資料妥善收到。

譚雅士杜佩珍安家舍---- 地址:九龍長沙灣麗閣邨麗蘭樓 316 至 318 室

電話:(852) 2725 7693 傳真:(852) 3107 0129

賽馬會善寧之家 -----地址: 沙田亞公角山路 18 號

電話:(852) 2331 7083/ 2331 7000 傳真:(852) 2336 2776

電郵: service@hospicecare.org.hk

善別輔導轉介表格 *請轉交臨床社工部 (社區善別輔導服務)

保密文件
PRIVATE & CONFIDENTIAL

A. 個案人資料

姓名: _____ (中文) _____ (英文) 性別: 男/女

出生日期: _____年____月____日 年齡: _____ 身分證號碼: _____ 宗教: _____

地址: _____ 職業: _____

電話號碼: _____ (家) _____ (手機) 電郵: _____

是否已獲得個案人同意轉介? 是 否 是否知悉收費或服務地點? 是 否

B. 離世者資料

1. 逝者與個案人的關係:

配偶 父/母 子女 兄弟姊妹 男/女朋友

其他 _____ (請註明)

2. 死亡日期: _____年____月____日

3. 死亡年齡: _____

4. 死亡地點: _____ (請註明, 如: 醫院、家、海外)

5. 死亡原因: 長期病患 急性病患 癌症: _____ (請註明)

自殺: _____ (請註明)

他殺: _____ (請註明)

意外: _____ (請註明)

其他: _____ (請註明)

C. 喪親者的反應

1. 於死亡一刻 伴在逝世者身旁:

是 否 不肯定

2. 與逝世者關係：

- 愛恨交纏 互相依賴 疏離 模糊
 其他 _____ (請註明) 不肯定

3. 哀傷反應：

- 抑鬱 焦慮 忿怒 內疚 否認 與人隔絕 自殺念頭
 腦海不斷重演舊片段 胃口改變 睡眠習慣改變 夢見逝者
 身體痛楚(請註明) _____
 其他(請註明) _____ 不肯定

4. 其他重要資料(請註明，如：經濟/住屋困難、身體需服藥物/精神困擾、家人關係)：

D. 服務需求

- 個別輔導 善別小組 支援活動

E. 轉介者資料

轉介者姓名： _____ 職位： _____

機構名稱： _____

聯絡電話： _____ 電郵： _____

簽名： _____ 日期： _____

此欄由本機構填寫

Application received on: _____ (dd/mm/yy)

Referrer notified on: _____ (dd/mm/yy)

Name of the staff in charge: _____

Remarks: _____