**香 港 基 督 教 服 務 處**

致: HERO - MSM支援服務

電話: 2731 6371

傳真: 2724 3655

電郵: hero@hkcs.org

**HERO - MSM支援服務**

**個 案 轉 介 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **由** | **轉介者姓名** | **所屬機構（及職位）** | **聯絡方法** | |
|  |  | 電話： |  |
| 傳真： |  |
| 電郵： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **個案資料** (請於適用的☐內加✓) | | | | |
| **姓名：**（中）**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | （英） | |  |
| **住址：** | | | | **出生日期： \_** |
| **聯絡電話：** | （住宅） （手提） | | | **年齡：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| **濫用以下藥物：**  ☐ 冰 ☐ 大麻 ☐ 安眠藥  ☐ GHB ☐ 可卡因 ☐ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ FOXY ☐ 氯胺酮  ☐ POPPER ☐ 搖頭丸 | | | | |
| **身心健康狀況** ☐不詳 | | | | |
| ☐ 性傳播感染(如HIV、梅毒、性病疣等)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ☐ 精神病患(如幻覺、幻聽、妄想)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ☐ 身體不適(如頭痛、胃痛等)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ☐ 思維障礙(如記憶力差、無法集中、恍惚、胡思亂想) | |
| ☐ 情緒 (如抑鬱、焦慮、驚恐)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ☐ 睡眠失調(失眠、易醒)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ☐ 自毀行為 (自殘/自殺意念、計劃/自殺行為)  請簡述:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ 下次覆診地點及日期 (如適用)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **家人 / 伴侶是否知悉案主濫藥：**  **緊急聯絡人 / 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | ☐ 暴力行為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ 知道 ☐ 不知道  **電話：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **工作員評估 / 建議** | | | | |
|  | | | | |
| **轉介聲明**（\*請刪除不適用者） | | | | |
| 本人已得到轉介對象的口頭 / 書面\*同意，將其個人資料 / 文件提供予　貴機構以申請HERO - MSM支援服務的服務。  簽署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日期： | | | | |