**香 港 基 督 教 服 務 處**

致:媽寶樂孕

電話: 2731 6294

傳真: 2724 3655

電郵: pmi@hkcs.org

**媽寶樂孕**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 轉 介 表**

|  |
| --- |
| **個案資料** (請於適用的☐內加✓) |
| **姓名：**  **出生日期： 年齡 ：****住址：****聯絡電話：** （住宅） （手提）**下次產檢日期：** 地點：  **(** □ 醫院 □ 健康院 ) ☐不適用（非孕婦）**緊急聯絡人 / 關係：**  **電話：****婚姻狀況：** ☐ 未婚　 ☐ 同居　 ☐ 已婚 ☐ 分居　 ☐ 離婚　 ☐ 喪偶 |
| **懷孕／子女狀況：**□ 懷孕約 週 * 子女數目：　　　　 名 　（年齡／性別：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（☐與案主同住\_\_\_\_名 ☐與其他親友同住\_\_\_\_名 ☐正接受住宿照顧服務\_\_\_\_名） |
| **吸毒情況：** ☐ 目前: (主要種類 ：☐ 冰 ☐ 大麻 ☐ 安眠藥 ☐ 氯胺酮 ☐ 可卡因 ☐ 咳水) ☐ 曾經：(主要種類 ：☐ 冰 ☐ 大麻 ☐ 安眠藥 ☐ 氯胺酮 ☐ 可卡因 ☐ 咳水)**家人 / 伴侶是否知悉案主吸毒：** ☐ 知道 ☐ 不知道 |
| **所需服務：** ☐ 情緒支援 ☐ 戒毒輔導 ☐ 產前產後護理 ☐ 新手媽媽適應 □ 其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **工作員評估 / 建議：** |
| 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「媽寶樂孕」服務。簽署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日期：　　　　　　　　　　　　  |

(\* 請刪去不適用者)