

香港基督教服務處
賽馬會童萌計劃 個案轉介表

只供內部使用

收到轉介日期: _____

回條發出日期: _____

個案編號: _____

個案資料：

居住地區： 深水埗 油尖旺

詳細地址：_____

家庭成員 資料	主要聯絡人	接受服務幼童 1	接受服務幼童 2
姓名			
性別			
關係			
出生日期			
身份證明文件 編號			
電話		預產期：_____	預產期：_____

轉介原因： <可選多項> *請刪去不適用者

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 早產 (<37 週) / 早期足月嬰兒(37-39 週)*
(出生時週數_____週) | <input type="checkbox"/> 5. 正接受兒童身心全面發展服務
(CCDS) |
| <input type="checkbox"/> 2. 兄弟姐妹確診 / 疑似 SEN* | <input type="checkbox"/> 6. 新手父母 |
| <input type="checkbox"/> 3. 父母有確診 / 疑似* <u>精神病 / 情緒病 /</u>
<u>長期病患</u> *(請註明: _____) | <input type="checkbox"/> 7. 單親家庭 |
| <input type="checkbox"/> 4. 父母現時有酗酒 / 吸毒情況* | <input type="checkbox"/> 8. 居住於不適宜環境的幼兒家庭
(請註明: _____) |
| | <input type="checkbox"/> 9. 其他 (請註明: _____) |

個案情況簡述： (如有需要，請自行複印本頁或另紙填寫。)

服務需要：

- A. 家訪育兒支援
- B. 幼兒發展評估及課程
- C. 家長支援活動
- D. 童亮館內幼兒活動
- E. 其他：_____

轉介者資料：

機構及單位：			
姓名：		個案參考編號：	
職位：		電話：	
簽署：		傳真：	
日期：		轉介日期：	