|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介表（Referral Form） |  |  **姓名 :** | 姓, 名 |  | **日期:**  | 月月/日日/年年年年 |   |
|  |  | **地址:**  | 點擊此處輸入文字 |  | **城市:** | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  | **電話:**  | (xxx) xxx-xxxx |  | **電郵地址:**  | xxxxxxxx@email.com |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **給你打電話的最佳時間?** (請在合適的時間旁打 "X" ) |   |
|  |  |  | 上午: 8點-12點 |  [ ]  |  |  |   |
|  |  |  | 下午: 12點-5點 |  [ ]  |  |  |   |
|  |  | **你轉介到輔助門診治療計劃的這個人的姓名是什麼 ?** |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  | **你與這個人是什麼關係?** |  |  |  |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  | **你為什麼轉介這個人到輔助門診治療計劃 ?** |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  | **這個人目前是否正接受心理健康治療?** (在適當的答案旁劃 "X" ) |   |
|  |  |  | 是 |[ ]   |  |   |
|  |  |  | 否 | [ ]   |  |  |   |
|  |  |  |  如是，請寫出那個醫療提供者的姓名及聯繫信息。 |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **關於這個人的詳細情況:** |  |  |  |   |
|  |  |  | *這個人的優點是什麼?* |  |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *這個人的興趣 / 愛好是什麼?* |  |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *什麼可以驚嚇到和鎮靜這個人?* |  |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **心理健康治療史**: |  |  |  |   |
|  |  |  | *在社區精神病治療史 (提供日期、聯繫信息及詳情)?* |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *精神病住院史 (提供日期、設施及詳情)?* |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **關於行為問題:** |  |  |  |   |
|  |  |  | *對他/她自己進行威脅、試圖及暴力行為?* |  |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *對他人進行威脅、試圖及暴力行為?* |  |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *與執法機構互動 (打電話給警察局、被捕)?* |   |
|  |  |  | 點擊此處輸入文字 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | \* 請注意，AOT護理小組成員將會在一 (1) 個工作日內與你聯繫來審閱這些信息。 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |