|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |