

兒童哀傷輔導服務轉介表格

電話：2361 6606 傳真：2361 6294 電郵：cccg@cccg.org.hk

地址：九龍長沙灣麗閣邨麗荷樓三樓平台 303-305 室

(一) 轉介人資料：

姓名：_____ 職位：_____

機構名稱：_____

電話號碼：_____ 傳真：_____ 電郵：_____

機構地址：_____

轉介日期：		轉介員簽署：		機構印章：	
-------	--	--------	--	-------	--

(二) 兒童資料：

個案編號 _____ (轉介機構)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別： 男 / 女

出生日期：_____ 年齡：_____ 主要照顧者：_____

聯絡電話：_____ (手提) _____ (住宅)

居住地區 / 地址：_____

就讀幼兒園/ 學校：_____ 班別：_____

(三) 家長/監護人資料：

個案編號 _____ (轉介機構)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 年齡：_____

與兒童關係：_____ 職業：_____ 是否與兒童同住：是/否

聯絡電話：_____ (手提) _____ (住宅) _____ (辦公室)

兒童家庭背景：

家庭成員 (父母、兄弟姐妹、親屬...)	年齡	職業/學業	與兒童關係 (良好、一般、疏離、惡劣)	同住
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

(四) 緊急聯絡人資料：

中文姓名： _____ 英文姓名： _____ 與兒童關係： _____

聯絡電話： _____ (手提) _____ (住宅) _____ (辦公室)

(五) 服務轉介同意書：(家長/監護人填寫)

書面承諾

本人 _____ 知悉及同意子女/兒童被轉介至曠明會，接受相關的心理輔導/小組服務。

簽署： _____

日期： _____

個人資料聲明：

1. 本人願意將以上有關兒童與個人資料給予曠明會存檔並供跟進個案輔導員查閱。
2. 本人謹此聲明，以上填寫資料正確屬實。

家長/監護人姓名： _____ 簽署： _____ 日期： _____

(六) 轉介安排：

轉介之服務類別： 個案輔導 輔導小組

轉介需知：

本會兒童哀傷輔導服務專為 18 歲以下的喪親兒童及青少年而設。接獲轉介後，本會將會先聯絡轉介者了解相關狀況，再安排兒童的家長/監護人進行面談，以便確認兒童是否需要接受哀傷輔導/小組，有關的評估結果在有需要時將會與轉介者商討。

****備註：**如兒童正面對以下情況，必須有社工、醫生、護士或機構正在/將會跟進相關範疇，否則**不適宜**轉介至本會：

1. 有不穩定的健康精神狀況 (例如：濫藥、出現幻聽、幻覺、強烈和具體的自殺傾向等)；
2. 需要長期跟進的發展性問題 (例如：早期教育訓練、生活照顧、受暴力虐待經歷等)；
3. 涉及經濟資助或住屋申請。

(七) 對喪親兒童狀況之評估：

1. 逝者的資料：

逝者為兒童之： 父/母 兄/弟/姊/妹 親戚(請註明): _____
 祖父/祖母 外祖父/外祖母 其他(請註明): _____

逝者姓名:(選填) _____ 逝者年齡: _____

死亡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 逝世原因: _____

喪禮舉行日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 喪禮儀式: _____

其他有關逝者的資料: _____

2. 兒童的現狀：

與死者之關係： 緊密 依賴 一般 疏離 遺棄 / 分離
 其他(請註明): _____ 不確定

現時出現各方面的狀況：

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 經常哭泣 | <input type="checkbox"/> 行為倒退/尿床 | <input type="checkbox"/> 不願接觸他人 | <input type="checkbox"/> 自殘行為 |
| <input type="checkbox"/> 入睡問題 | <input type="checkbox"/> 欠缺食慾/突然暴食 | <input type="checkbox"/> 不明原因的身體不適 | <input type="checkbox"/> 影響生活功能
(如：上學、作息) |
| <input type="checkbox"/> 憂慮 | <input type="checkbox"/> 內疚/自責 | <input type="checkbox"/> 憤怒 | <input type="checkbox"/> 突然恐懼/怕黑 |
| <input type="checkbox"/> 孤單 | <input type="checkbox"/> 抑鬱 | <input type="checkbox"/> 麻木 | <input type="checkbox"/> 對自己/別人失去信心 |

上述狀況的相關資料/補充: _____

有否出現自殺念頭： 有 沒有 不確定
(如有，請註明: _____)

其他失落經歷： 親友死亡(請註明): _____ (年份) _____
 其他(請註明): _____ (年份) _____
 不確定

其他狀況： 長期病患(請註明): _____ 身體障礙(請註明): _____
 特殊學習困難(請註明): _____ 其他(請註明): _____

不確定

3. 兒童的支援網絡：

家庭及社區支援： 家人 親戚 朋友 宗教團體
 學校 不確定 其他(請註明)：

專業人員支援*：

社工(姓名、機構及電話) _____ 個案正(*跟進中/已完結)
 心理學家(姓名、機構及電話) _____ 個案正(*跟進中/已完結)
 精神科醫生(姓名、機構及電話) _____ 個案正(*跟進中/已完結)
 其他(姓名、機構及電話) _____ 個案正(*跟進中/已完結)

*若此個案已接受上述專業人員的跟進，請註明轉介原因：

請將已填妥之轉介表格傳真(2361 6294)，待收妥資料後，我們將進一步與閣下聯絡。

由本會填寫

表格接收日期：		時間：	
跟進輔導員：			