



朗程牽自閉症人士支援中心
服務轉介表格

一．背景資料

申請人姓名： _____ (中文)
_____ (英文)

此部份由「朗程牽」內部填寫	
個案編號： _____	申請服務日期： _____
跟進職員： _____	

性別：男 / 女

出生日期： _____ 年齡： _____ 電郵： _____

手提電話： _____ ☐ Whatsapp 住宅電話： _____

住址： _____

家長/照顧者姓名： _____ 關係： _____ 電話： _____ ☐ Whatsapp

居住狀況： ☐與家人同住 ☐自行居住 ☐於宿舍居住 其他： _____

家庭成員及關係： _____

有否在其他自閉症人士支援中心接受服務？ ☐ 沒有 ☐ 有 參與計劃名稱/機構： _____

評估紀錄：	曾進行評估？	評估報告*	評估年份	評估機構
自閉症評估	☐ 否 / ☐ 有；評估結果： _____ (必須有自閉症診斷結果)	☐ 否 / ☐ 有		
智力評估	☐ 否 / ☐ 有；評估結果： _____ (必須達 70 或以上)	☐ 否 / ☐ 有		

* 如有相關報告，請提供報告副本以便安排服務。

教育/職業訓練資料：

日期	機構/院校	學歷/資格/班別
由 至		
由 至		

就業情況：

日期	公司名稱	職位	收入
由 至			
離職原因：		*(全職/兼職)	
由 至			
離職原因：		*(全職/兼職)	

情緒/精神困擾： ☐抑鬱症 ☐焦慮症 ☐強迫症 ☐ADHD ☐讀寫障礙 ☐腦癇症
(若家庭成員有相關狀況，以 “*” 標註)
☐其他 _____

跟進/覆診： ☐否 ☐有；機構： _____ 間距： _____

曾經/現正接受的治療或訓練：
☐否 ☐精神科藥物 ☐其他藥物 _____
☐心理治療 ☐社交訓練 ☐其他 _____

二．其他資料

請註明：

表徵問題：☐ 社交

☐ 情緒
/行為

☐ 暴力有關的經驗：

☐ 曾傷害自己的經驗：

☐ 就業

☐ 家庭

感官過敏：☐ 聲音 ☐ 嗅覺 ☐ 觸覺 ☐ 其他

得悉服務渠道：☐ 醫院/其他專業服務單位 ☐ 新生會 ☐ 非政府機構

☐ 媒體/iSPA 網站 ☐ 朋友轉介 ☐ 其他

*轉介原因：(青年人)：

☐ 個別輔導

☐ 社交技巧訓練

☐ 生活技能訓練

☐ 就業支援

☐ 情緒管理小組

☐ 轉銜預備小組

(家長)：

☐ 社交能力訓練家長小組

☐ 情緒管理小組

☐ 靜觀小組

☐ 互相支援小組

☐ 主題講座

其他 (請註明)：

*轉介人資料：轉介人： 職位：

聯絡電話： 傳真：

機構： 日期：

備註：

****此部份由「朗程牽」內部填寫****

三．選擇服務

申請服務 (青年人)：☐ 個別輔導 ☐ 社交技巧訓練 ☐ 生活技能訓練

☐ 就業支援

☐ 情緒管理小組

☐ 轉銜預備小組

(家長)：

☐ 社交能力訓練家長小組

☐ 情緒管理小組

☐ 靜觀小組

☐ 互助支援小組

☐ 主題講座

中心經理簽署： 分派日期： 個案經理：

跟進日期	細節	負責同事