

朗程牽自閉症人士支援中心
服務轉介表格

請留意是否符合以下申請資格：

<input type="checkbox"/>	年滿 15 歲			
<input type="checkbox"/>	自閉症評估報告	評估結果：_____	評估年份：_____	評估機構：_____
<input type="checkbox"/>	智力評估報告	評估結果：_____	評估年份：_____	評估機構：_____
		(必須達 70 或以上)		
<input type="checkbox"/>	沒有接受其他自閉症人士支援中心的服務			

*相關報告必須於一個月內提交，本中心才會正式替服務申請者輪候

一．背景資料

申請人姓名：_____ (中文) 性別：男 / 女
 _____ (英文)

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：_____

家庭收入： CSSA <\$ 20,000 \$ 20,001 - \$ 40,000 >\$ 40,000

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/網站 朋友轉介 其他：_____

*需要服務：(青年人)：

個別輔導

言語治療訓練

治療性小組(社交技巧、情緒管理)

就業支援

職業治療訓練

其他小組訓練(進階社交、生活技能、理財)

(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)：_____

*更多詳細服務可瀏覽本中心網站 <https://spahk.nlpra.org.hk/>

*轉介人資料：轉介人：_____ 職位_____

聯絡電話：_____ 傳真_____

機構/學校：_____ 日期_____

備註：

此部份由「朗程牽」內部填寫

中心經理簽署：_____ 分派日期：_____ 個案經理：_____

跟進日期	細節	負責同事