



聖公會聖基道兒童院
S.K.H. St. Christopher's Home

臨床心理輔導服務

服務申請表 (對外服務適用)

請將填妥之申請表以親身 / 電郵 (cp@skhsch.org.hk) / 傳真 (25201725) 方式交回本單位

申請人 (家長/監護人) 資料 :

申請人姓名 : _____ 與接受服務者的關係 : _____

地 址 : _____

聯絡電話 : _____ (日間) _____ (晚間)

傳真 : _____ 電郵 : _____

接受服務者 (兒童) 資料 :

姓名 : _____ (中文) _____ (英文) * 性別 : 男 / 女

出生日期/年齡 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歲) 出生地點 : _____

就讀學校 : _____ 班別 : _____

溝通語言 : 廣東話 英語 國語 其他 (請註明) _____

已知的生理/心理疾病 : _____

是次申請服務 (請以✓選擇) :

- 智力評估 專注力不足/過度活躍症評估 讀寫障礙評估
 自閉症評估 學前兒童綜合發展評估 情緒/行為問題及管教諮詢

家庭成員資料 :

| 成員 | 年齡 | 職業 | 教育程度 | 如同住請✓ | 接受服務者的主要照顧者請✓ |
|----------|----|----|------|-------|---------------|
| 父親 | | | | | |
| 母親 | | | | | |
| 兄/弟/姊/妹* | | | | | |
| 兄/弟/姊/妹* | | | | | |
| 兄/弟/姊/妹* | | | | | |
| (外)祖父/母 | | | | | |
| 家傭 | | | | | |

*請刪去不適用者

* 曾經/現在接受的心理評估/訓練/治療：

| 服務類別 | 提供服務團體 | 時段 (年/月) |
|------|--------|--------------|
| | | 由_____至_____ |
| | | 由_____至_____ |
| | | 由_____至_____ |

*請刪去不適用者

能夠出席服務的時段 (請以✓選擇可安排服務的時段，以便儘快安排約見)：

家長面談/諮詢：

| 星期一 | | 星期二 | | 星期三 | | 星期四 | | 星期五 | | 星期六 |
|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-------|
| 上午 | 下午 | 上午/下午 |
| | | | | | | | | | | |

兒童評估/治療：

| 星期一 | | 星期二 | | 星期三 | | 星期四 | | 星期五 | | 星期六 |
|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-------|
| 上午 | 下午 | 上午/下午 |
| | | | | | | | | | | |

得悉本機構臨床心理輔導服務的途徑：

- 健苗軒 機構網頁 /宣傳單張 學校/其他機構 衛生署/醫院
 朋友/家長介紹 其他 (請註明)：_____

申請人簽署：_____ 日期：_____

機構填寫

收到申請表日期：_____ 負責職員：_____

已預約 日期及時間：_____ 個案編號：_____

其他補充資料：_____

已發出預約服務確認書 (* 郵寄/電郵/傳真) 日期：_____

已把副本交給臨床心理學家 日期：_____

*請刪去不適用者