

東區尤德夫人那打素醫院 精神健康資源中心

由中心職員填寫

會員編號

入會申請表



基本個人資料

中文姓名	英文姓名
性別 男 / 女	門診編號 (如是照顧者/家屬, 可填寫身份證號碼)

聯絡資料

如欲收到〈家友站會員通訊〉及其他活動資訊, 請提供有效的通訊地址/電郵地址

聯絡電話 (1)	通訊地址**
聯絡電話 (2)	電郵地址**

精神健康狀況

若閣下是本院精神科門診部病人, 請提供閣下的精神健康狀況, 以作服務配對之用。

- ☐ 由本院精神科醫生診斷為 (請填上病症名稱): _____
- ☐ 未能確定病症, 但有以下症狀 (可選多項):
- ☐ 長時間不開心 ☐ 經常緊張 ☐ 強迫性思想/行為 ☐ 幻聽 / 幻覺 ☐ 恐懼 ☐ 酗酒
☐ 濫藥 / 藥物依賴 ☐ 飲食失調(厭食/暴食) ☐ 其他: _____

個人資料收集聲明

- 本表格所收集閣下的個人資料將嚴格保密處理, 並只會作為提供精神健康資源中心及〔天空海闊家友站〕服務之用。
 - 除非得到資料當事人自願和明確的同意, 個人資料只限用於收集時述明的目的。
 - 精神健康資源中心保障個人資料不會未經授權或意外地被查閱、處理、刪除、喪失或使用。
 - 資料當事人有權要求查閱其個人資料; 若發現有關個人資料不準確, 有權要求更正。
 - 如你對你被收集的個人資料的管理及用途上有任何查詢, 請向精神健康資源中心職員查詢。
- 電話: 2595 4008; 傳真: 2505 5956; 地址: 香港柴灣樂民道3號東區尤德夫人那打素醫院東座大樓一樓。

簽署

☐ 本人已細閱並同意〔個人資料收集聲明〕的內容及用途。

☐ 本人確認本表格上提供的資料準確無誤。

日期	簽署
----	----



天空海闊家友站
Fans@Beyond Bounds



由中心職員填寫

轉介來源

- a. 醫生 b. 護士 c. 臨床心理學家 d. 職業治療師 e. 醫務社工 f. 資源中心 g. 家友站會員
h. 服務推廣大使/資源站 i. 其他 _____

社會心理需要評估

- ☐ 情緒管理 ☐ 就業 ☐ 義工服務 ☐ 興趣及學習 ☐ 社交及優閒活動 ☐ 照顧技巧
☐ 子女管教 ☐ 其他 _____

服務配對

- ☐ 新會員講座 ☐ 家友站社會心理支援活動
☐ 精神健康綜合社區中心：_____ ☐ 就業服務：_____ ☐ 綜合家庭服務中心：_____
☐ 家屬 / 照顧者服務：_____ ☐ 義工服務：_____
☐ 其他：_____

備註

中心職員簽署：_____ 日期：_____



天空海闊家友站
Fans@Beyond Bounds