

此欄供計劃職員填寫

個案編號()-()-()

e.g., SKG-I1-2012021



CONFIDENTIAL 保密文件

轉介表格 Referral Form

(只適用於本計劃地區)

觀塘

由：	_____	致：	賽馬會樂齡同行計劃
電話：	_____	電話：	_____
傳真 / 電郵：	_____	傳真 / 電郵：	_____
傳真日期：	_____	傳真日期：	_____

參加資格：

- 年滿六十歲
- 沒有以下病歷：自閉症譜系、智力障礙、精神分裂及相關病症、躁鬱症、柏金遜症、認知障礙症
- 沒有顯著自我傷害或傷害他人的危機*
- 並非處於精神紊亂狀態*

*如懷疑長者有上述問題，請盡快致電 999 或到最近的急症室求助。

第 1 部：長者資料

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：	年	月	日
聯絡電話：(家) (手提)	住址：				
緊急聯絡人：	關係：	緊急聯絡人電話：			
轉介原因：					

第 2 部：轉介人聲明及簽署

已獲得長者同意轉介服務，並容許本計劃職員主動聯絡長者跟進。

轉介人： _____ 簽署： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

合作機構：



(轉後頁)

第 3 部：PHQ-9 紀錄

 長者不願意回答 PHQ-9 → 跳至第 4 部

長者最近一個月的 PHQ-9 分數 _____ / 27

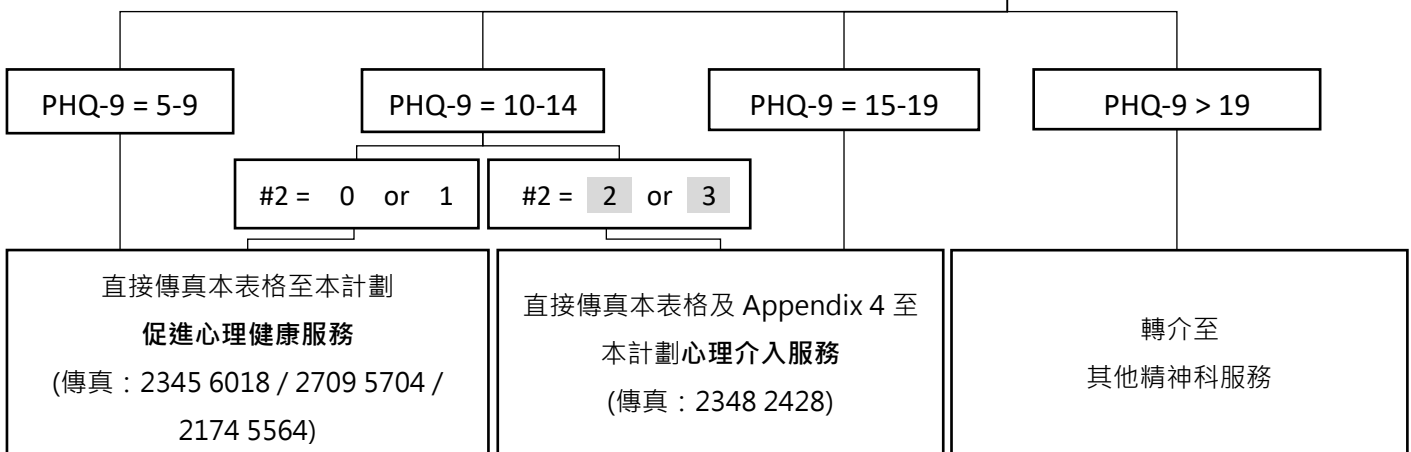
測試日期： 年 月 日

如沒有最近一個月的紀錄，請協助長者填寫以下 PHQ-9 問卷。

「在過去兩個星期，你(長者)有多經常受以下問題困擾？」	完全沒有	幾天	一半以上的天數	近乎每天
1. 做任何事都覺得沉悶或者根本不想做任何事	0	1	2	3
2. 情緒低落、抑鬱或絕望	0	1	2	3
3. 難於入睡；半夜會醒或相反地睡覺時間過多	0	1	2	3
4. 覺得疲倦或活力不足	0	1	2	3
5. 胃口極差或進食過量	0	1	2	3
6. 不喜歡自己——覺得自己做得不好、對自己失望或有負家人期望	0	1	2	3
7. 難於集中精神做事，例如看報紙或看電視	0	1	2	3
8. 其他人反映你行動或說話遲緩；或者相反地，你比平常活動更多——坐立不安、停不下來	0	1	2	3
9. 想到自己最好去死或者自殘	0	1	2	3

PHQ-9 分數 _____ / 27

轉介指引



第 4 部：長者心理健康狀況 (本部分只適用於拒絕回答 PHQ-9 的長者)

長者最近兩星期有沒有一半以上的天數出現以下狀況

 情緒抑鬱 對事物失去興趣 過分自責/討厭自己 有傷害自己的念頭

轉介指引

3 個狀況或以上

→ 直接傳真本表格
及 Appendix 4
至本計劃心理介入服務
(傳真：2348 2428)

1 – 2 個狀況

→ 如居住在觀塘市中心、翠屏、麗港城、油塘地區，
請直接傳真本表格至本計劃的促進心理健康服務 (傳真：2709 5704)

→ 如居住在秀茂坪、四順、安達邨、安泰邨地區，
請直接傳真本表格至本計劃的促進心理健康服務 (傳真：2345 6018)

→ 如居住在九龍灣及牛頭角地區，
請直接傳真本表格至本計劃的促進心理健康服務 (傳真：2174 5564)

**如有任何疑問，可致電到以下中心查詢。

基督教家庭服務中心真光苑長者地區中心

電話：2357 9963

傳真：2345 6018

基督教家庭服務中心順安長者地區中心

電話：2727 1234

傳真：2709 5704

香港基督教服務處樂暉長者地區中心

電話：6060 4384

傳真：2174 5564

香港心理衛生會恆泰坊

電話：2346 3798

傳真：2348 2428