

中心適用  
接收日期：\_\_\_\_\_

檔號：\_\_\_\_\_

致：東華三院家庭成長中心  
九龍黃大仙竹園南邨貴園樓地下  
109-110 室  
親子互動輔導服務  
電話：2267 6322

傳真：2194 7311

申請日期：\_\_\_\_\_

### 第一部份 轉介單位資料

轉介單位名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 檔案編號：\_\_\_\_\_

單位地址：\_\_\_\_\_

轉介人姓名：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_ 轉介人簽署：\_\_\_\_\_

轉介單位主管姓名：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_ 主管簽署：\_\_\_\_\_

\*註：本服務為香港賽馬會捐助，服務收費按家庭收入釐訂；經濟困難家庭可申請減免。

### 第二部份 案主資料 (請✓適當 □)

A. 案主姓名:(中文) \_\_\_\_\_ (英文): \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_ 年齡/出生日期: \_\_\_\_\_ 身份証號碼: \_\_\_\_\_

婚姻狀況: 單身 已婚 鰥/寡 離婚 分居 同居 再婚

住址:(中文) \_\_\_\_\_

通訊地址(如與上述住址不同): \_\_\_\_\_

電郵地址: \_\_\_\_\_

電話:(住所) \_\_\_\_\_ (辦公室) \_\_\_\_\_ (流動電話) \_\_\_\_\_

職業: \_\_\_\_\_ 家庭每月收入: \_\_\_\_\_ 教育程度: \_\_\_\_\_

收入來源: 工作 儲蓄 退休金 收租 親友供養 高齡津貼  
綜合社會保障援助計劃 傷殘津貼 其他: \_\_\_\_\_

居港年期: 在港出生 來港 \_\_\_\_\_ 年 (原居地: \_\_\_\_\_)

宗教: \_\_\_\_\_ 籍貫: \_\_\_\_\_ 語言: \_\_\_\_\_

病患或傷殘 (如有): \_\_\_\_\_

B. 兒童姓名:(中文) \_\_\_\_\_ (英文): \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_ 年齡/出生日期: \_\_\_\_\_ 身份證明文件號碼: \_\_\_\_\_

就讀學校: \_\_\_\_\_ 級別: \_\_\_\_\_ 全日班 上午班 下午班

曾評估為: 專注力不足過度活躍症 (ADHD) 懷疑有專注力不足過度活躍症 (ADHD)

出現專注力不足過度活躍症(ADHD)徵狀 讀寫障礙(Dyslexia)

亞氏保加症(Asperger) 自閉症(Autism) 對立違抗障礙(ODD)

其他(請註明病症名稱): \_\_\_\_\_

評估機構(如有): \_\_\_\_\_

沒有任何評估

病患或傷殘 (如有): \_\_\_\_\_

受虐/體罰記錄 (如有): \_\_\_\_\_

經多專業個案會議確定為: 虐待兒童個案 高危個案 不適用



## 專業轉介初步評檢表

親子互動輔導服務是一個密集式的家長訓練，目的是協助傾向體罰或虐兒的家長建立良好的互動親子關係，以及訓練家長有效地處理兒童的各種問題行為。請利用本初步評檢表，評估 貴單位內有需要的服務使用者，選出合適的家庭以作轉介。

以下參加者均適合轉介：

兒童方面：

1.  年齡介乎 2 至 7 歲。
2.  能出席每星期一次的訓練。
3.  出現以下行為特徵：經常發脾氣、經常不服從指示、對別人有攻擊性行為、不守規則。
4.  沒有被診斷為患上：重性精神病、自閉症、智障、多重發展遲緩、行動上無法參與遊戲活動。

家長 / 照顧者方面：

1.  願意參與此輔導計劃及完成輔導員提供的家課。
2.  是兒童的主要照顧者。
3.  能出席每星期一次的訓練。
4.  沒有濫用藥物問題。
5.  沒有被診斷為：精神病、嚴重抑鬱症、智障、人格障礙、行動上無法參與遊戲活動。
6.  若兒童為性侵犯個案，參加本計劃的家長必須相信該童對侵犯者的指控。

備註：申請服務的家長需要接受「親子互動輔導服務」社工面談評估，另外需填寫「艾伯克兒童行為量表」及「親職壓力指標」等，以量度兒童行為問題及家長管教壓力的程度。社工將同時根據以上準則，全面考慮申請人接受「親子互動輔導服務」的適切性。