

社區復康計劃服務轉介申請表

申請日期：_____

檔案編號：C R P _____

服務使用者個人資料

姓 名：_____（中文） _____（英文）

年 齡：____ 性 別：____ 身份證號碼：_____（____） 電 話：_____

住宅地址：_____

綜援（C.S.S.A.）編號：_____ 職 業：_____

障殘類別／健康狀況：_____

轉介原因：_____

所屬類別（可選擇多於一項）：
☐ 緊急 ☐ 非緊急
☐ 沒有正接受任何公私營專職醫療服務
☐ 沒有作重覆轉介 ☐ 轉介機構沒有社康職業治療服務提供

轉介人聯絡資料（轉介必須為註冊醫生、註冊專職醫療人員或註冊社工）

姓 名：_____（先生／女士） 職 位：_____

機構名稱：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：_____ 圖文傳真：_____ 電子郵件：_____

備 註：_____

（註：申請人所提供的個人資料，會被視作準確及完整，而所有資料提供予本會是自願性的，這些資料只用作本會服務有關之事宜，申請人持有查閱及索取個人資料的權利。）

更新日期：1.6.2021