



**東華三院戒煙綜合服務中心**

**個案轉介表格**

(由轉介機構填寫)

致：東華三院戒煙綜合服務中心  
灣仔駱克道 193-197 號東超商業中心 10 樓(全層)  
電話：2827 1068 傳真：2827 2628

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：\_\_\_\_\_

**第二部份 案主資料**

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) \_\_\_\_\_

(英文) \_\_\_\_\_

通訊地址(如與上述住址不同)：\_\_\_\_\_

住宅類別：公屋 私人樓宇 居屋 宿舍 床位 其他：\_\_\_\_\_

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

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

收入來源：工作 儲蓄 傷殘津貼 收租 親友供養 高齡津貼

綜合社會保障援助計劃 退休金 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)：\_\_\_\_\_

請✓適當方格



第三部份 案主吸煙的情況及以往戒煙歷史

---

---

---

---

---

第四部份轉介原因

---

---

---

---

---

第四部份 其他重要資料

---

---

---

---

---

第五部份 案主意見

以上轉介是否已得到案主的同意? 是 否 (原因: \_\_\_\_\_)

.....  
(東華三院戒煙綜合服務中心內部適用)

直屬督導意見	接案職員
<input type="checkbox"/> 接案職員: _____	簽署: _____
<input type="checkbox"/> 意見: _____	姓名: _____
<input type="checkbox"/> 其他: _____	職位: _____ 日期: _____
簽署: _____ 日期: _____	