

社康職業治療服務轉介申請表

申請日期：_____

檔案編號：COT_____

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。)