



"SILVER GO" SERVICE LIMITED
銀樂通服務有限公司
稅務條例第88條認可的慈善機構

個案服務轉介表

Tel : 3494 6096 / 6636 0805 Email : info@hksilvergo.org.hk
地址：紅磡黃埔蕪湖街53-59號金輝行8樓04室

1. 先人資料：

姓名：_____ 出生日期 (年齡)：_____ 性別：男 / 女 / 其他：_____
身份証號碼：_____ 婚姻狀況：單身 / 已婚 / 離婚 / 喪偶；_____子 / _____女
居住地址：_____
宗教：☐ 基督教 ☐ 天主教 ☐ 道教 ☐ 佛教 ☐ 無宗教 ☐ 其他：_____
死亡日期：_____ 死亡地點：_____ 先人遺體存放地點：_____
死亡原因：☐ 病故(長期病) ☐ 病故(急病或猝死) ☐ 自殺 ☐ 不明
☐ 意外 (工業 / 交通 / 家居 / 火災 / 遇溺 / 其他，請註明：_____)
先人經濟狀況：☐ 綜援人士 ☐ 非綜援人士
(如適用) 綜援檔案編號：_____ 負責職員：_____ 電話：_____

2. 申請人(先人親友)資料^{註1}： (☐ 無親友個案^{註2})

聯絡人	親友姓名	性別	與先人關係	年齡	聯絡電話	地址
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

3. 申請服務類別：(請在適當的方格上 ☒)

☐ 殯儀諮詢及轉介 ☐ 治喪陪伴 ☐ 情緒支援 ☐ 其他：_____

個案概況 (例如家庭背景、經濟狀況、親友情緒、申請原因等)：

4. 轉介人資料：

轉介單位：_____ 轉介人姓名：_____
職位：_____ 聯絡電話：_____ 傳真：_____
轉介人簽署：_____ 轉介日期：_____

- | | |
|--|---|
| 1) 轉介人是否已取得申請人(先人親友)同意，將個案轉介至銀樂通服務有限公司及指定的長生店？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2) 如個案由 <u>社</u> 工作為服務申請人，社工是否同意將個案資料提交作服務跟進用途？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3) 如申請 <u>本服務之殯儀轉介</u> ，是否已提醒申請人 <u>請勿把殯葬文件交予其他長生店</u> ？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

5. 申請人的現狀：

*如有需要填寫多於一位申請人的狀況，請自行複印本部分。

申請人姓名：_____

與先人關係：

☐ 疏離 ☐ 一般 ☐ 親密 ☐ 糾結 ☐ 其他：_____

哀傷反應：

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抑鬱 | <input type="checkbox"/> 焦慮 | <input type="checkbox"/> 內疚 | <input type="checkbox"/> 憤怒 | <input type="checkbox"/> 震驚麻木 |
| <input type="checkbox"/> 壓抑 | <input type="checkbox"/> 否認 | <input type="checkbox"/> 哭泣 | <input type="checkbox"/> 疲倦 | <input type="checkbox"/> 食慾不振 |
| <input type="checkbox"/> 坐立不安 | <input type="checkbox"/> 睡眠困擾 | <input type="checkbox"/> 社交退縮 | <input type="checkbox"/> 身心徵狀 | <input type="checkbox"/> 增加成癮行為 |
| <input type="checkbox"/> 感到逝者在身旁 | <input type="checkbox"/> 不由自主地回想逝者或創傷事件的經驗 | | <input type="checkbox"/> 生活功能衰退 (起居/工作/學業等方面) | |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | |

其他困擾：

- | | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家庭問題 | <input type="checkbox"/> 經濟壓力 | <input type="checkbox"/> 住屋問題 | <input type="checkbox"/> 照顧壓力 | <input type="checkbox"/> 長期病患 |
| <input type="checkbox"/> 獨居長者 | <input type="checkbox"/> 新移民 | <input type="checkbox"/> 成癮問題(請註明): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 其他(請註明): _____ | | | | |

申請人是否殘疾人士？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不確定

*請註明殘疾情況 (如適用)：☐ 肢體傷殘 / 器官傷殘 ☐ 精神病患 ☐ 認知障礙

- | | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 申請人有否出現幻覺、妄想等精神狀況？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 申請人有否出現自我傷害 / 自殺念頭？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不確定 |
| 申請人有否出現暴力 / 傷害他人行為？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不確定 |

支援網絡：

1. 家庭及社區的支援：

☐ 家人 ☐ 親戚 ☐ 朋友 ☐ 鄰舍 ☐ 教會 ☐ 學校 ☐ 其他：_____ ☐ 不確定

2 Jul 2025