



【義診服務申請表格】

請填妥以下表格，並傳真致 [2111-0047](tel:2111-0047) 或電郵到 admin@mhc-hk.com。如成功申請者，將有專人聯絡閣下預約時間。如有任何查詢，可致電 [2111-8141](tel:2111-8141)。

姓名 (中文)		英文	
性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	語言： <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 普通話
住址：			
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
職業		就讀學校	(年級：)
聯絡電話		電郵地址	<input type="checkbox"/> 本人願意收到 貴舍之資訊電郵。
主要問題／ 徵狀	(日期 - 由 _____ 開始)		
家庭經濟狀況			
你過去有沒有因為上述問題曾經接受心理輔導或治療： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有			
如有：日期 - 由 _____ 至 _____ (機構／醫生：)			
你現時有沒有服食任何精神藥物： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有			
如有：日期 - 由 _____ 開始服食			
藥物名稱及劑量： _____			
診斷症為： <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 恐懼 <input type="checkbox"/> 壓力 其他： _____			

監護人簽署：

(如適用)

申請人簽署：

日期：

- 重要事項：(1) 18歲以下之申請者，必須得到監護人同意及簽署。
(2) 所有申請由『身心治療舍』批核，成功與否，申請者不得有任何異議。
(3) 申請者必需先細閱並同意附頁之『義診服務之條款及細則』。

FOR OFFICE USE

接受 不接受

治療師： _____

預診日期： 1 _____

2 _____

Approved by: _____

3 _____