

栢立基夫人母嬰健康院

重新投入服務

栢立基夫人母嬰健康院將於 2021 年 11 月 8 日 (星期一) 在原址重新投入服

務。相關辦公時間及服務詳情，請瀏覽衛生署家庭健康服務網

(<https://www.fhs.gov.hk/>)。

衛生署家庭健康服務

二零二一年十一月

發件人：	幼稚園/幼兒中心校長	收件人：	柏立基夫人母嬰健康院主任醫生
檔號：		檔案：	
電話：		電話：	2562 1824
圖文傳真：		圖文傳真：	2562 7973
日期：		總頁數：	(包括本頁)

兒童身心全面發展服務 學前兒童轉介

本 幼稚園／幼兒中心現轉介學生 _____ (姓名) 至母嬰健康院接受服務。

_____ ()

如未能收妥傳真，請致電 _____ 與 _____ (姓名) 聯絡。

發件人：	柏立基夫人母嬰健康院主任醫生	收件人：	幼稚園/幼兒中心校長
日期：		總頁數：	

確認收妥傳真轉介

你們轉介學生到本母嬰健康院的傳真函件已經收到。本院將聯絡其家長／監護人，安排到本院接受服務。我們稍後會回覆該學生的跟進情況。如有任何查詢，請致電本院職員聯絡。

(母嬰健康院蓋章)

兒童身心全面發展服務
轉介學生接受母嬰健康院服務（學前機構適用）

I. 兒童個人資料

1. 姓名	(英) _____ (中) _____
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
4. 家長／監護人姓名	(父) _____ (母) _____
	監護人(如適用) _____
5. 聯絡電話	_____
6. 就讀班級	<input type="checkbox"/> 學前預備班 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> K1 (N2) <input type="checkbox"/> K2 (N3) <input type="checkbox"/> K3 (N4) <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____
7. 入讀本校日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
8. 現正接受學校的支援服務	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，請註明：_____
9. 母嬰健康院記錄	_____ 母嬰健康院 登記編號：_____

II. 兒童個人發展表現資料（請略述）

兒童的整體學習表現（如學習進度、特別指導的需要等）： _____

兒童在各方面的發展狀況：

學前概念	例如：認知能力、基本常識、數學概念等
文字學習	例如：認字、讀字、默寫能力等
語言	例如：理解和表達能力、發音清楚程度等
社交/群性	例如：與同學相處、參與小組活動、跟從一般課室守則等
行為/情緒	例如：專注力、活躍情況、情緒控制等
大／小肌肉	例如：動作協調、平行力 / 抄寫、美勞能力等

活動能力	
自理	
其他	

III. 附件 (如有)

評估記錄 學習檔案資料 其他，請註明：_____

IV. 轉介原因 (, 可選多項)

- 學習問題 (如：整體學習能力較弱、較難掌握學前概念、認讀文字或默寫有困難等)
- 語言問題 (如：語言理解/表達較弱)
- 發音問題 (如：咬字發音不清、口吃等)
- 行為/情緒問題 (如：專注力弱、活躍、易發脾氣或情緒緊張等)
- 健康問題
- 管教問題
- 家庭問題
- 其他 (如：動作不協調等) (請略述)：_____

V. 學前服務機構資料

幼稚園/幼兒中心名稱：_____

地址：_____

電話：_____ 傳真號碼：_____

轉介老師：_____ 簽署：_____

校長/主任：_____ 簽署：_____

轉介日期：_____年_____月_____日

VI. 家長同意書

本人 _____ 為兒童 _____ (姓名) 的家長 / 監護人，現*同意 / 不同意

- 校方轉介兒童至母嬰健康院跟進，及
- 母嬰健康院將有關結果及跟進服務通知校方。

(*請刪去不適用者)

家長簽署：_____ 簽署日期：_____年_____月_____日