

以学校为本的「三层应急机制」

转介学生接受医院管理局精神科服务

校长转介表格

(2025 年 12 月起适用)

本校 \_\_\_\_\_ (学校名称) 现转介就读于本校 \_\_\_\_\_ (年级) 的学生 \_\_\_\_\_ (姓名) \_\_\_\_\_ (身份证号码) 接受医院管理局(医管局)的精神科服务，请尽快为这位学生安排风险评估及跟进服务。

I. 第三层支援服务转介的原因：(请选择下列其中一项)

- ☐ 高自杀风险
- ☐ 高自杀风险，并有其他严重精神健康需要

转介原因的相关内容：(例如相关自杀念头／威胁／企图、心理精神状态、行为表现等)

- 过往自杀念头／威胁／企图纪录：[必须填写]

类别	日期	相关内容
自杀念头／威胁／企图 *		
自杀念头／威胁／企图 *		
自杀念头／威胁／企图 *		

[\*请删去不适用者]

- 其他有关自杀风险内容：

---

---

如有需要，请另加纸补充，并签署作实  
(最后更新日期为 2025 年 11 月)

- 其他严重精神健康需要内容：

II. 学生曾就上述转介原因所接受过的第一及／或第二层支援服务（包括校内或校外的服务，如学校社工、校本教育心理学家评估或支援服务等）：*(可选多于一项)*

☐ 第一层支援服务的使用情况：

☐ 个别面谈：

☐ 小组训练：

☐ 校本支援及活动：

☐ 其他，请列明：

☐ 第二层支援服务的使用情况：

☐ 「校外支援网络」服务：

☐ 「医教社同心协作计划」服务：

☐ 其他，请列明：

如有需要，请另加纸补充，并签署作实  
(最后更新日期为 2025 年 11 月)

**III.** 据学校所知，学生就上述转介原因曾或正接受／已转介的其他医疗服务（如私家精神科医生、临床心理学家等）：(请选择下列其中一项)

☐ 没有

☐ 有，请列明：

---

---

☐ 不清楚

**IV. 联络资料：**

	学校人员	家长／监护人*
姓名：		
职位／关系：		
电话：		

[\*请删去不适用者]

[备注：如学生情况紧急，学校可考虑带同学生前往急症室求诊。]

校长签署：

日期：

校长姓名：

学校印章：

如有需要，请另加纸补充，并签署作实  
(最后更新日期为 2025 年 11 月)