

以學校為本的「三層應急機制」

轉介學生接受醫院管理局精神科服務

校長轉介表格

(2025 年 12 月起適用)

本校 _____ (學校名稱) 現轉介就讀於本校 _____ (年級) 的學生 _____ (姓名) _____ (身份証號碼) 接受醫院管理局(醫管局)的精神科服務，請盡快為這位學生安排風險評估及跟進服務。

I. 第三層支援服務轉介的原因：(請選擇下列其中一項)

- ☐ 高自殺風險
- ☐ 高自殺風險，並有其他嚴重精神健康需要

轉介原因的相關內容：(例如相關自殺念頭／威脅／企圖、心理精神狀況、行為表現等)

- 過往自殺念頭／威脅／企圖紀錄：[必須填寫]

類別	日期	相關內容
自殺念頭／威脅／企圖 *		
自殺念頭／威脅／企圖 *		
自殺念頭／威脅／企圖 *		

[*請刪去不適用者]

- 其他有關自殺風險內容：

如有需要，請另加紙補充，並簽署作實
(最後更新日期為 2025 年 11 月)

- 其他嚴重精神健康需要內容：

II. 學生曾就上述轉介原因所接受過的第一及／或第二層支援服務（包括校內或校外的服務，如學校社工、校本教育心理學家評估或支援服務等）： *(可選多於一項)*

☐ 第一層支援服務的使用情況：

☐ 個別面談：

☐ 小組訓練：

☐ 校本支援及活動：

☐ 其他，請列明：

☐ 第二層支援服務的使用情況：

☐ 「校外支援網絡」服務：

☐ 「醫教社同心協作計劃」服務：

☐ 其他，請列明：

如有需要，請另加紙補充，並簽署作實
(最後更新日期為 2025 年 11 月)

III. 據學校所知，學生就上述轉介原因曾或正接受／已轉介的其他醫療服務（如私家精神科醫生、臨床心理學家等）：(請選擇下列其中一項)

☐ 沒有

☐ 有，請列明：

☐ 不清楚

IV. 聯絡資料：

	學校人員	家長／監護人*
姓名：		
職位／關係：		
電話：		

[*請刪去不適用者]

[備註：如學生情況緊急，學校可考慮帶同學生前往急症室求診。]

校長簽署：

日期：

校長姓名：

學校印章：

如有需要，請另加紙補充，並簽署作實
(最後更新日期為 2025 年 11 月)