

校本三层应急机制

转介学生接受医院管理局精神科服务

校长转介表格

(2024年11月1日起适用)

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. 第三层支持服务转介的原因： (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

转介原因的详细内容： (例如相关自杀念头 / 威胁 / 企图、心理精神状况、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	详细内容
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

- 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 / 或第二层支持服务（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持服务等）：*(可选多于一项)*

- 第一层支持服务详情：

- 个别面谈：

- 小组训练：

- 校本支持及活动：

- 其他，请列明：

- 第二层支持服务详情：

- 「校外支持网络」服务：

- 「医教社同心协作计划」服务：

如有需要，请另加纸补充，并签署作实

其他，请列明：

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. 联络数据：

	学校	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