

**Hong Kong Baptist University**  
**Department of Social Work**  
**Social Work Practice and Mental Health Centre**  
**Counselling and Psychological Enrichment Service (CAPE)**  
**Counseling Service Registration Form/輔導服務登記表**

\*(必須填寫)

*Name/姓名：(中文)		(English)：	
*Sex 性別： <input type="checkbox"/> M男 <input type="checkbox"/> F女		*Age 年齡：	
*HKID/ passport no 身份證/ 護照號碼： <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> XXX(X)/ _____			
*Address 地址：			
Email 電郵：		*Telephone contact 聯絡電話：	
Education 學歷：		Occupation 職業：	

Significant information of health 重要生理/心理/醫療記錄：


Family background 家庭背景/結構：

Relationship	Sex 性別/age 年齡	education 學歷/occupation 職業	Remark 備註

\* Emergency contact person 緊急聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ Tel no 電話：\_\_\_\_\_

\*\*。本人明白在接受服務時，輔導員以保障服務使用者的私隱及尊嚴為基本原則，所有提供資料一切保密，唯牽涉人身安全，或受法律強制披露的情況下則例外。\*\*

Signature 簽署：\_\_\_\_\_ Date 日期：\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**For official use**

Case ref. no.: \_\_\_\_\_ Intake counselor: \_\_\_\_\_ (Full name)

Date of intake: \_\_\_\_\_ Date of closing: \_\_\_\_\_