



بیمارستان شهید رجایی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز
بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی حاج محمد اسماعیل امتیاز و
مرکز فوریتهای پزشکی شهید رجایی شیراز



FO-CL-142-00

فرم ارزیابی مددکاری

		شماره پرونده:	
پزشک معالج:		نام:	نام خانوادگی:
تاریخ پذیرش:		تاریخ تولد:	نام پدر:
شغل بیمار:		اتاق:	کد ملی:
تخت:		ارزیابی اولیه بیمار:	
نام و نام خانوادگی و امضاء بیمار / همراه بیمار	مهر و امضاء مددکار	<p>مشاوره و راهنمایی <input type="checkbox"/> بیمار بدون همراه <input type="checkbox"/> بیمار بلاصاحب <input type="checkbox"/> بیمار با مشکلات حقوقی <input type="checkbox"/></p> <p>بیمار بدون دفترچه <input type="checkbox"/> بیمار با مشکلات خانوادگی <input type="checkbox"/> مشکل در پرداخت هزینه ها <input type="checkbox"/></p> <p>استفاده از مراجع حمایتی <input type="checkbox"/> همسر آزاری <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/></p> <p>کارتن خواب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار احتیاج به اقدامات ویژه مددکاری اجتماعی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اقدامات مورد نیاز:</p> <p>آموزش های ارائه شده:</p> <p>پمفلت آموزشی تحویل داده شده:</p> <p>توضیحات:</p> <p>آیا بیمار نیاز به ویزیت مجدد مددکاری دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
		ویزیت دوم:	
		ویزیت سوم:	