

ใบปรึกษาลังคมสงเคราะห์

หน่วยงาน / หอผู้ป่วย..... เบอร์โทรภายใน

ชื่อ- สกุล ผู้ป่วย อายุ.....ปี H.N.....

รับไว้ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....ด้วยโรค.....

ส่งตัวมาจาก รพ. / สอ.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

หมู่บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....

เบอร์โทรที่ติดต่อได้(ผู้ป่วย / ญาติ ผู้นำส่ง).....

ชื่อบิดา..... มารดา..... การช่วยเหลือตนเอง ได้ ไม่ได้

ปัญหาผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย

| ปัญหาเศรษฐกิจ - สังคม - อารมณ์ - จิตใจ | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ค่าอุปโภค - บริโภค | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการบุตร / ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะ / ส่งกลับ | <input type="checkbox"/> การใช้ความรุนแรง / สงสัยถูกกระทำ (ถูกทำร้ายร่างกาย / ละเมิดทางเพศ / ค้ำมนุษย์) |
| <input type="checkbox"/> การดูแลต่อเนืองที่บ้าน | <input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง / ติดตามญาติ / ไม่มีผู้ดูแล |
| <input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิตใจ / อารมณ์ / พฤติกรรม / ยาเสพติด/สุรา | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพ..... | |

ชื่อผู้ส่ง.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
ลงวันที่

สำหรับนักสังคมสงเคราะห์

- การสืบค้นข้อเท็จจริง วินิจฉัยปัญหาและความเสี่ยง.....
.....
- การวางแผน และการดำเนินการช่วยเหลือ

| ว/ด/ป | การดำเนินการ | ลงชื่อ |
|-------|--------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

- การติดตามและประเมินผล (Follow up and Evaluation)

ไม่ได้ติดตาม ต้องติดตามต่อ ยุติบริการ

ระบุผล.....



ผู้ส่งเอกสาร/วันที่ - เวลา

ผู้รับเอกสาร/วันที่ - เวลาที่ตอบกลับ