



بسمه تعالی

فرم گزارش اجتماعی - درمانی بیمار

شهرستان:

نام بیمارستان:

نام خانوادگی:	نام:	تاریخ تولد:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	نام پدر: نام مادر:
تابعیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیرایرانی	کد ملی: کد اتباع:	تاریخ پذیرش: تاریخ ترخیص پزشک:	شماره پرونده بیمارستانی:	خود سرپرست: دارای سرپرست:

علت اولیه بستری:

آدرس و تلفن بیمار:

مشخصات سرپرست و اعضا خانواده :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با مددجو	کد ملی	شغل	شماره تماس

مشخصات شخص مؤثر و شماره تلفن :

فرد بستری کننده: پدر مادر خواهر برادر سایر بستگان اورژانس ۱۱۵ نیروی انتظامی اورژانس اجتماعی سایر
نام و نام خانوادگی و شماره تلفن:

در صورت بستری توسط اورژانس ۱۱۵ و نیروی انتظامی آدرس دقیق محل مبداء قید گردد . همچنین در صورت وجود مدارک شناسایی معتبر موارد با جزئیات لحاظ شود:

سابقه مصرف مواد مخدر دارد:

بلی خیر نامعلوم

گزارش مداخله مددکار اجتماعی :



خلاصه شرح حال پزشکی بیمار:

مراقبت های جسمی و پرستاری مورد نیاز پس از ترخیص:

نظر کارشناس اورژانس اجتماعی ۱۲۳:

امضاء کارشناس ۱۲۳:

زمان حضور:

مشخصات کارشناس:

- نامه پزشک قانونی الصاق می باشد بلی خیر
 - خلاصه پرونده بیمار الصاق می باشد بلی خیر
 - مدارک هویتی بیمار، پدر و مادر و یا گواهی ولادت نوزاد (در صورت موجود بودن) الصاق می باشد بلی خیر
 - سایر مستندات به تعداد..... برگ مربوط به مکاتبات.....الصاق می باشد
- توضیحات:

نام و نام خانوادگی، امضاء
کارشناس حقوقی /حراست بیمارستان:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء
مترون /سوپر وایزر /مسئول بخش

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:
نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول واحد مددکاری اجتماعی: