

ソーシャルワーカー依頼・報告票

依頼日・ 年 月 日

Pt.No _____

患者氏名 _____ 様 男/女 M T S H 年 月 日生

入院年月日 年 月 日 診療科 _____ 病棟 _____ 外来

依頼者名 _____ (医師 看護師 その他)

診断名 (経過と予後の見通し)

< 依頼項目 > 該当する内容にいくつでも をつけてください < 依頼理由 >

1. 退院に関する相談
退院に不安がある、退院先が決定していない
在宅療養のコーディネート
(往診医・訪問看護・ヘルパー・福祉用具・改修など)
施設や他病院 (転院先・通院先) の紹介
2. 経済的問題に関する相談
医療費・生活費などに心配がある
その他
3. 社会保険・福祉制度に関する相談
医療保険・介護保険・年金
特定疾患・小児慢性疾患・身障手帳・更生医療等
障害者福祉・高齢者福祉制度など
その他 (
4. 心理的な相談
5. 社会復帰の相談
6. その他 (具体的にお書きください)

< 報告 >

年 月 日 担当 SW

ソーシャルワーク記録

開始 . . . / 終了 . . .

Case No. _____

再開 . . . / 終了 . . .

SW _____

IDNo. _____

氏 名 様(M・F) . . . 歳

住 所 Tel. _____

連絡先 Tel. _____

関係機関 Tel. _____

主治医	科	外来	病棟
入院 年 月 日	退 院	年 月 日	
入院 年 月 日	退 院	年 月 日	

紹介経路 (医師・看護師・その他の職員・関係機関・本人・家族・SW自身・その他)

<相談内容>

病 名:

<病歴・経過>

医療保険() 介護保険(未・申請中・) 身体障害者手帳(. 級)
 その他(生保・特定疾患・)

ソーシャルワーク記録

家族状況 / 生活状況

—
|

開始時の状況 (年 月 日)

アセスメント・プラン

終了時の状況 (年 月 日)
