

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	日
入 院 年 月 日	退 院	年 月 日	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)

日 報

個別援助

年 月 日 ()

ソーシャルワーカー名

出勤 : 、 退社 :

新規区分	ID・氏名	方法					対象					内 容															回数	時間	備 考									
		面接	電話	訪問	文章	その他	本人	家族	ct 関係者	院内 スタッフ	関係 機関	その他	医療費	生活費 等	受診	療養中	在宅 ケア	家族 関係	院内 関係	院外 関係	受容	遺族	心理 社会	理解 促進	情報 提供	退院後				住居	復職・ 復学	その他						

個別援助外援助(個別援助には分類されない援助業務、管理業務)

グループワーク	時間	ケースカンファレンス	時間	コンサルタント	時間
実習指導	時間	講義	時間	受講	時間
スーパーバイズ	時間	会議	時間	社会的活動	時間
その他	時間				