**แบบส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์**

**โรงพยาบาลลำพูน**

วันที่ ............................................

ส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ........................................................เบอร์โทรศัพท์ ..................................

ผู้ป่วยชื่อ ............................................................................ อายุ ......................ปี นอนเตียงที่ .......................

HN ……………………………………. AN ……………………………… เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ ................................

ด้วยอาการ ......................................................................................................................................................

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตามสภาพปัญหาสังคมของผู้ป่วย

( ) ผู้ป่วยไม่มีญาติ/ไม่สามารถติดต่อญาติผู้ป่วยได้เกิน 72 ชั่วโมง/ญาติปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย

( ) ผู้ป่วยมีปัญหาค่ารักษาพยาบาล (คนไทยไม่มีบัตรฯ, ต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง, ต่างด้าวไม่มีบัตรฯ ฯลฯ)

( ) ผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว

( ) ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไม่พร้อม/ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ที่มีปัญหาทางสังคม) /ไม่ต้องการบุตร

( ) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง/ต้องรักษาต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อการดำรงชีพ

( ) ผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทางกลับภูมิลำเนา

( ) ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่มีญาติ

( ) อื่นๆ ระบุ ....................................................................................................................................................

ข้อมูลเพิ่มเติม (รายละเอียด) .............................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

 ลงชื่อ ....................................................

 ตำแหน่ง ...............................................

**การดำเนินการวันที่** .............................................................

**ผลการดำเนินการ** ...............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**สรุปผลการช่วยเหลือ** .........................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**ข้อจำกัด/ข้อเสนอแนะ** .......................................................................................................................................

 ลงชื่อ ....................................................

 (............................................................)

FR-SOC-106 REV1 4/3/62