

Social Needs Assessment

اسم المريض: .....

الرقم الطبي: .....

تاريخ الميلاد: ..... الجنس:  ذكر  أنثى

الحالة الاجتماعية:  أعزب  متزوج  مطلق  أرمل

عدد أفراد الأسرة: .....

الوضع السكني

نوع السكن:  ملك  إيجار  مؤقت  بدون سكن

عدد الغرف: .....

عدد الأفراد المقيمين مع المريض: .....

حالة السكن:  جيد  متوسط  غير مناسب

الملاحظات: .....

الوضع الاقتصادي

المصدر الرئيسي للدخل: .....

متوسط الدخل الشهري: .....

الاعتماد على الدعم الاجتماعي:  نعم  لا

الجهة الداعمة (إن وجدت): .....

الوضع النفسي والسلوكي

المزاج العام:  مستقر  قلق  مكتئب  عدواني

ملاحظات حول السلوك: .....

هل هناك متابعة نفسية؟  نعم  لا

التوصيات: .....

.....

اسم الأخصائي الاجتماعي: ..... التوقيع: .....