



บริการ แจ้งขอความช่วยเหลือ งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลปราสาท

ภารกิจของงานสังคมสงเคราะห์

1. การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ประจำแผนกผู้ป่วยใน รับผิดชอบวินิจฉัย ประเมินปัญหาทางสังคม การบำบัดเยียวยา การฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมป้องกัน ปัญหาทางสังคม พิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ ปฏิบัติงานร่วมกับทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วย เตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และจัดบริการสงเคราะห์ทางการแพทย์/สวัสดิการสังคมตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. การบริการสังคมสงเคราะห์ชุมชนและครอบครัว ปฏิบัติงานร่วมกับทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วย พิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ ประสานและจัดการทรัพยากร การส่งต่อเครือข่ายบริการสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม ติดตามประเมินความพร้อมของครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. การติดต่อ/ติดตามญาติ ฟื้นฟูสัมพันธภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูทักษะชีวิต การดำรงชีวิต และการให้การปรึกษาแนะนำในเรื่องการประกอบอาชีพ
5. การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์ประกันสุขภาพและมีปัญหาการใช้สิทธิ

ติดต่อ เพื่อขอใช้บริการงานสังคมสงเคราะห์

กรุณาติดต่อ นางสาวนพเกล้า ไตร่มโพธิ์ทอง ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์
งานสังคมสงเคราะห์ อาคารผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในเวลาราชการ เวลา 08.00-16.00 น. หมายเลขภายใน 1019/ 1021

รายละเอียดการแจ้ง ดังนี้

1. อาคารและชั้น ที่แจ้ง
2. หมายเลข HN ผู้ป่วย
3. ชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลได้หรือไม่
5. รายละเอียดการขอรับความช่วยเหลือ หรือปรึกษาปัญหาสังคมของผู้ป่วย

แบบส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

เลขที่ สค.....

ตึก..... เติยง..... HN.....

ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

สถานภาพ

1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่า/ แยก

ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา 4. ปวช./ ปวส.
5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี 7. อื่นๆ (ระบุ).....

วันที่เข้ารับการรักษา.....

- แพทย์จำหน่ายแล้ว ยังไม่จำหน่าย

สาเหตุที่ส่งปรึกษา

- ยากจน ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ (ระบุ).....
 ติดต่อญาติ/ นายจ้าง ตามที่อยู่เลขที่..... หมู่..... บ้าน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทร.....

กลุ่มเสี่ยงทอดทิ้ง/ เผื่อระวังปัญหาทางสังคม

- เด็กและสตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 อื่นๆ (ระบุ)

รายละเอียดอื่นๆ/ ข้อควรรู้ หรือข้อควรระวัง (ถ้ามี).....

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

ชื่อผู้ส่ง..... วันที่.....