

(فرم شماره ۸۵)

مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

فرم گزارش مددکار

الف - برقراری ارتباط با خانواده بیمار یا فرد موثر در ترک

نام و نام خانوادگی:..... نسبت با بیمار:..... تاریخ / /

نام و نام خانوادگی:..... نسبت با بیمار:..... تاریخ / /

ب- پیگیری از طریق تلفن:

تاریخ	شماره تلفن	تماس با.....	نتیجه پیگیری

تاریخ بازدید: / /

ج - گزارش بازدید از منزل یا محیط کار

.
.
.
.
..
.

نام و نام خانوادگی مددکار

امضاء