

( فرم شماره ۲-۵ )

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