

نموذج رقم : 017

الرقم

08/04/2019

التاريخ

المشروعات





نموذج دراسة الحالة

المعلومات	المعاملة رقم (10) تاريخ : 07/08/1440
	مصدر الاحالة : تصنيف الحالة : <input checked="" type="checkbox"/> عنف <input type="checkbox"/> حضانة <input type="checkbox"/> نفقة <input type="checkbox"/> خاغ <input type="checkbox"/> أخرى تذكر <input type="checkbox"/>
البيانات	الاسم الرباعى : تست الجنسية : مصرى رقم الهوية : تاريخ الميلاد : 13/08/1440 الحالة الاجتماعية : <input type="checkbox"/> أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل عدد الزوجات : 1 عدد الابناء : 3 الذكور (1) الإناث (2) اسم ولى الامر (للقاصر فقط) نوع السكن : <input type="checkbox"/> قصر <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/> دور <input checked="" type="checkbox"/> شقة <input type="checkbox"/> منزل شعبى <input type="checkbox"/> أخرى نوع الإمتلاك : <input checked="" type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار مستوى الدخل : <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> متوسط <input checked="" type="checkbox"/> ضعيف ملاحظات حول الدخل : المستوى التعليمى : هاتف المنزل : 765 رقم الجوال : 1234567890
	تاريخ المشكلة : الاثار الجانبية :
	التاريخ المحي والمرضى
	امراض يعانى منها : أخرى : المستشفى المراجع فيه : العلاج : يوجد ما يثبت مراجعة المستشفى يوجد تقرير بذلك
	<input type="checkbox"/> نفسية <input type="checkbox"/> جنسية <input type="checkbox"/> عقلية <input type="checkbox"/> وراثية <input type="checkbox"/> الادمان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا



نموذج رقم : 017

الرقم

08/04/2019

التاريخ

المشروعات



نموذج دراسة الحالة

		الرأى المعنى الحالة
		التوصيات
الجهة المحال إليها إذا دعت الضرورة		أفعال الحالة
النتيجة النهائية التى وصلت إليها الحالة		النتيجة النهائية
الاسم :		معد الدراسة
التاريخ :		
التوقيع :		
الاسم :		رئيس القسم
التاريخ :		
التوقيع :		

