客户姓名: 办事处: 评估日期:

工人姓名: 办事员: 打印日期:

服务概要

客户姓名: 评估日期:

地址:

电话: 分机: 工人:

性别: 年龄: 工人电话: 分机:

应急联系方法: 电话: ( ) - 类型:

备份看护人: 电话: ( ) - 类型:

语言
常用: 会否讲英语? 是否需要翻译?

替代决策人
类型:

姓名: 电话: ( ) - 类型:

主要医生: 电话: ( ) - 类型:

非正式支持:

姓名	电话

正式支持:

正式支持	电话

服务客户能够做到：

计划内生活条件:

分类: 每天出勤率: 每月小时数:

个人看护

Waver #1 _____ _____

Waver #2 _____ _____

Waver #3 _____ _____

总授权小时数 _____

客户拒绝以下任务性质的援助：

以下是客户要求、谁/什么能够满足这些要求以及客户希望的时间安排：

服务提供商需满足以下要求：

计划安排:

日期	时段	开始时间	结束时间

服务提供商需满足以下要求：

计划安排:

日期	时段	开始时间	结束时间

服务提供商需满足以下要求：

计划安排:

日期	时段	开始时间	结束时间

设备:

类型	执行人	实施人

客户目标:
目标简短说明:

现状: 执行人:

目标详细说明:

目标简短说明:

现状: 执行人:

目标详细说明:

目标简短说明:

现状: 执行人:

目标详细说明:

目标简短说明:

现状: 执行人:

目标详细说明:

NSA 计划:

NSA 说明:

病例主管姓名：

病例主管电话号码:

病例主管的职责是:

1. 进行评估和再次评估，以确定项目是否合法，授权支付服务费用。
2. 在客户的参与下制定关怀计划。
3. 核实服务是否按关怀计划提供，必要时修改计划。

客户有权要求免除上述 1、2、3 项所列的项目以外的病例管理服务。

本人知悉所有其它备选方法，同意上述服务计划。本人授权社会和健康保障服务部和/或老年人网络代表获取或发布制定本人的服务计划所必要的信息。

客户/代表签名 **日期**

服务提供人 **日期**

社会工作者/病例主管签名 **日期**