

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อศูนย์จำแนกคัดกรอง.....จังหวัด.....

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....วัน/เดือน/ปี เกิด.....

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  แยกกันอยู่  หย่า  หม้าย

สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้น  ไม่มีการศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย  อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

ปริญญาตรีขึ้นไป  การศึกษาทางศาสนา  การศึกษาอื่นๆ ระบุ.....

กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

อาชีพปัจจุบัน  อาชีพหลัก ระบุ.....

อาชีพเสริม ระบุ.....

ว่างาน  นักเรียน/นักศึกษาาระบุระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน  บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตร  ญาติ  
 เพื่อน  อยู่คนเดียว  อื่นๆ ระบุ.....

**ประวัติการใช้ยาเสพติด**

ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ..... ปี ชนิดยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน.....

สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (ระบุ 1 ข้อ)  เพื่อนชวน  อายากลอง  ความสนุกสนาน  
 ทำให้หายป่วย  ไม่สบายใจ  ช่วยงานอาชีพ  อื่นๆ ระบุ.....

โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ .....

การรักษาโรคที่ใช้ประจำ  ไม่มี  มี ระบุ .....

ผลการจำแนก  ผู้เสพ  ผู้ติด  ผู้ติดรุนแรง

มีโรคแทรกซ้อนทางกาย  มีโรคแทรกซ้อนทางจิต

เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช.ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ จำนวน.....ครั้ง

**รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู**

สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่.....(๑).....

ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่.....(๒).....

ระยะเวลา.....วัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

การรักษาโรคร่วมทางกายและทางจิต ที่.....(๓).....

ลงชื่อ.....(ผู้คัดกรอง)

( )

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู)

( )

ผู้ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะต้องไปรายงานตัวภายในระยะเวลาดังนี้

- ๑) สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายใน ๑๐ วันนับจากวันที่คัดกรอง
- ๒) ค่าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวันที่กำหนดในแบบคัดกรอง

**\*การคัดกรองให้ใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข**

(๑) ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

(๒) ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(๓) ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อเข้ารับการรักษาอาการทางกายหรืออาการทางจิต