

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