



แบบคัดกรองวัยรุ่น (Teen Screening Form)
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

ชื่อ-นามสกุล..... ชื่อเล่น..... เพศ ชาย หญิง
วัน-เดือน-ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน กำลังเรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน/มหาวิทยาลัย.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....โทรศัพท์ (บ้าน).....มือถือ.....
ผู้ให้ข้อมูล ตนเอง บิดา มารดา อื่นๆ..... โปรดระบุ ชื่อ-สกุล.....
สิทธิ์การรักษา : 30 บาท/บัตรทอง เบิกต้นสังกัด จ่ายเอง อื่นๆ.....

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา

ปัญหาของผู้รับบริการ คือ.....
.....
.....

ประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

1. ฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	6. ใช้สารเสพติด/การพนัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
2. ทำร้ายผู้อื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	7. พฤติกรรมผิดกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
3. ถูกกระทำทารุณกรรม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	8. Tension ในครอบครัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
4. หนีออกจากบ้าน/โรงเรียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	9. Social support	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
5. Impulsivity / ก้าวร้าวรุนแรง	<input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ไม่สูง	10. อื่น.....	<input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ไม่สูง

สรุปความเห็นของผู้คัดกรอง

★ประเมินความเสี่ยง สูง ปานกลาง น้อย ★ควรได้พบแพทย์/ผู้บำบัด ทันที ภายใน 1 สัปดาห์ ตามความนัดปกติ
วันนัด.....เวลา.....น. แพทย์/นักบำบัด.....
แนะนำ/ส่งต่อสถานบริการอื่น :

ลงชื่อผู้คัดกรอง/นัด.....ตำแหน่ง.....