



งานคลินิกเด็กและวัยรุ่น

โทร. 02-441-0602-10 ต่อ 1202 , 1208

หนังสือยินยอมจากผู้มารับบริการคลินิกเด็กและวัยรุ่น
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา / ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ (เหมือนในข้อมูลผู้รับบริการ / Client Information)

ไม่เหมือน โปรดระบุ เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา
ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ในฐานะ ผู้ขอรับคำปรึกษา ผู้มีอำนาจแทนโดยเกี่ยวข้องเป็น () บิดา/มารดา () อื่น.....
ของผู้ขอรับบริการ ชื่อ เด็กชาย / เด็กหญิง..... อายุ.....ปี

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอม ให้คลินิกเด็กและวัยรุ่น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อไปดำเนินการ

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เปิดเผยข้อมูลหรือส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในกรณีจำเป็น

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเข้าร่วมในขณะรับบริการเพื่อประโยชน์ทางการเรียนการสอน

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอรับคำปรึกษา จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่หากมีการนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล หรือต่อการศึกษาต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....น.

(วันและเวลาในการเข้ารับบริการและรับทราบถึงข้อมูลตามหนังสือแสดงเจตนายินยอม)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจแทน คือ ผู้ปกครองหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องสำคัญ ที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

กรณารอกข้อมูลข้อ 1-7

ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว..... อายุ.....ปีเดือน

โรงเรียน..... ชั้นเรียน.....

ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้กรอกข้อมูล คือ.....

1. สิ่งที่ต้องการปรึกษาและต้องการได้รับความช่วยเหลือ (เรียงลำดับตามความสำคัญ)

1).....

2).....

3).....

2. ทบทวนประวัติสำคัญ

1) การรับประทานอาหาร ไม่เปลี่ยนแปลง ลดลง เพิ่มขึ้น

2) น้ำหนัก ไม่เปลี่ยนแปลง ลดลง.....ก.ก. เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ในระยะเวลา.....

3) การนอนหลับ ไม่เปลี่ยนแปลง นอนหลับมากขึ้น นอนหลับยากขึ้น
 ตื่นกลางดึกบ่อยๆ อื่นๆ.....

4) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ไม่เปลี่ยนแปลง
 ซึมเศร้า..... (ในระยะเวลา)
 หงุดหงิดมากขึ้น..... (ในระยะเวลา)
 อื่นๆ..... (ในระยะเวลา)

5) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ไม่เปลี่ยนแปลง
 ก้าวร้าวมากขึ้น..... (ในระยะเวลา)
 ซุกซน อยู่ไม่นิ่งมากขึ้น..... (ในระยะเวลา.....)
 ซึมลง..... (ในระยะเวลา.....)
 อื่นๆ..... (ในระยะเวลา.....)

6) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม/การเรียน ไม่เปลี่ยนแปลง
 การเรียนตกลง..... (ในระยะเวลา.....)
 แยกตัว, เข้าสังคมน้อยลง..... (ในระยะเวลา.....)
 อื่นๆ..... (ในระยะเวลา.....)

ผลการเรียนครั้งล่าสุด (ระบุ GPA หรือเปอร์เซ็นต์).....

- 7) พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ไม่มี
 แสดงออกทางวาจา.....
 การกระทำ.....
- 8) พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ไม่มี
 แสดงออกทางวาจา.....
- 9) การใช้สารเสพติด ไม่มี มี ระบุ.....
- 10) การถูกทำร้ายร่างกาย ไม่มี มี ระบุ.....
- 11) การถูกล่วงเกินทางเพศ ไม่มี มี ระบุ.....
- 12) การพลัดพราก สูญเสียบุคคล/สิ่งที่รัก ไม่มี มี ระบุ.....
- 13) การได้รับกระทบกระเทือนทางจิตใจ ไม่มี มี ระบุ.....

3. ประวัติการรักษา

- 1) ท่านเคยเข้ารับบริการหรือปรึกษาปัญหาเหล่านี้มาก่อนหรือไม่ ถ้าเคย กรุณาแจ้งเกี่ยวกับสถานที่และระยะเวลาที่ท่านไปตรวจและติดตามการรักษา
 ไม่เคย
 โรงพยาบาล.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....ระยะเวลาที่รักษา.....
 โรงพยาบาล.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....ระยะเวลาที่รักษา.....
- 2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการรักษาที่ผ่านมา.....
- 3) เหตุผลที่เปลี่ยนสถานที่รักษา

4. ประวัติพัฒนาการ (ส่วนข้อ 4 นี้เฉพาะผู้ปกครองตอบเท่านั้น)

- 1) ความพร้อม/ความต้องการในการมีบุตร พร้อม ไม่พร้อม.....
- 2) การตั้งครรภ์ ปกติ
 มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ระบุ.....
 มีไข้, สารเสพติด ระบุ.....
 มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เครียด.....
 ซึมเศร้า.....
- 3) การคลอด ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม
 ก่อนกำหนด.....สัปดาห์ เกินกำหนด.....สัปดาห์

- 4) วิธีการคลอด ปกติ ผ่าตัด สาเหตุ.....
 ใช้เครื่องช่วย สาเหตุ.....
- 5) ระยะแรกเกิด ปกติ มีภาวะแทรกซ้อน.....
- 6) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ ปกติ ล่าช้า ระบุ.....
- 7) พัฒนาการด้านภาษา ปกติ ล่าช้า ระบุ.....
- 8) พัฒนาการด้านสังคม ปกติ ล่าช้า ระบุ.....

5. พื้นฐานอารมณ์/อุปนิสัย (ส่วนข้อ 5 นี้เฉพาะผู้ปกครองตอบเท่านั้น)

- 1) พื้นฐานของเด็ก เลี้ยงง่าย เลี้ยงยากปานกลาง เลี้ยงยากมาก
 รายละเอียดอื่นๆ.....
- 2) การเลี้ยงดู พ่อแม่เป็นหลัก ญาติเป็นหลัก พี่เลี้ยงเป็นหลัก
 ลักษณะ/รายละเอียดของการเลี้ยงดู.....
- 3) การเรียน ดี (เกรด.....) ปานกลาง (เกรด.....) มีปัญหา ระบุ.....
- 4) ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ.....
- 5) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (ครู, เพื่อน) ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ.....

6. ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย

- 1) โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
- 2) ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ระบุ.....
- 3) ประวัติการชัก ไม่มี มี ระบุ.....
- 4) ประวัติอุบัติเหตุรุนแรงที่ศีรษะ ไม่มี มี ระบุ.....
- 5) ความพิการ ไม่มี มี ระบุ.....
- 6) ยาที่กำลังอยู่ในปัจจุบัน ไม่มี มี ระบุ.....
- 7) ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่สำคัญ.....

7. ประวัติครอบครัว

- 1) ปัญหาการเรียน/ปัญญาอ่อน ไม่มี มี ระบุ.....
- 2) โรคทางจิตเวช ไม่มี มี ระบุ.....
- 3) ปัญหาการติดยา/สารเสพติด ไม่มี มี ระบุ.....
- 4) ปัญหาทางครอบครัวอื่นๆ.....