

แบบติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูสภาพทางสังคม
ตามโครงการช่วยเหลือผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจังหวัด โดยกรมการปกครอง
กระทรวงมหาดไทย

การติดตามดูแลครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ชื่อ - สกุล (ผู้รับบริการ)..... อายุปี

หมายเลขบัตรประชาชน.....

สถานภาพครอบครัว โสด สมรส (มีสามี/ภรรยา) อยู่กินเป็นครอบครัว (ไม่จดทะเบียน)

หย่าร้าง/หม้าย อื่นๆ (ระบุ)

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่ หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

ไม่ได้เข้ารับรักษา เข้ารับรักษาที่.....

ยารักษาโรคที่ใช้ประจำ ไม่มี มี ระบุ.....

การศึกษา กำลังศึกษาอยู่ ระดับ.....ปีที่.....สถานศึกษา.....

จบการศึกษา ระดับ.....

ไม่ได้ศึกษา

๒. ประกอบอาชีพ มีอาชีพ คือ

ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ทหาร/ตำรวจ

พนักงานบริษัทเอกชน พนักงานโรงแรม

รับจ้าง ใช้แรงงาน ค้าขาย

เกษตรกร คมนาคม

อื่นๆ.....

ว่างงาน

๓. รายได้ของผู้รับบริการ/ผู้ผ่านการได้รับความช่วยเหลือจากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (หลักสูตร ๑๕ วัน)

น้อยกว่า ๙,๐๐๐ บาท/เดือน

ระหว่าง ๙,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน

ระหว่าง ๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท/เดือน

๒๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป/เดือน

ไม่มีรายได้ เนื่องจาก(ระบุ).....

๔. การติดตามผู้ผ่านการได้รับความช่วยเหลือจากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (หลักสูตร ๑๕ วัน)

พบผู้ผ่านการได้รับความช่วยเหลือฯ

ไม่พบ เนื่องจาก

ย้ายที่อยู่ ตามบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เปลี่ยนที่ทำงาน

ถูกจับกุม

เสียชีวิต

ติดตามไม่ได้

อื่นๆ (ระบุ).....

๕. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร

บิดา

มารดา

คู่สมรส

บุตร

ญาติ

เพื่อน

อยู่คนเดียว

อื่นๆ ระบุ

ชื่อ - สกุล (บุคคลตามข้อ ๕) อายุ ปี

หมายเลขบัตรประชาชน.....

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

๖. วิธีการติดตาม

เยี่ยมบ้าน

สัมภาษณ์ผู้รับบริการ

สัมภาษณ์บุคคลตาม ข้อ.๕

อื่นๆ (ระบุ).....

๗. สภาพร่างกายปัจจุบัน

แข็งแรง

อ่อนแอ

เจ็บป่วย/ทรุดโทรม

อื่นๆ (ระบุ).....

๘. สภาพจิตใจ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ปกติ

ซึมเศร้า/แยกตัว

มีอาการก้าวร้าวบางครั้ง

หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

มีอาการหูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

อื่นๆ (ระบุ).....

๙. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ครอบครัวยอมรับ

ครอบครัวไม่ยอมรับ

มีปัญหาภายในครอบครัว

อื่นๆ (ระบุ).....

๑๐. ความสัมพันธ์ในชุมชน

ชุมชนยอมรับ

ชุมชนไม่ยอมรับ

มีปัญหาการเข้ากับชุมชน/เข้ากับส่วนรวม

อื่นๆ (ระบุ).....

๑๑. ความต้องการความช่วยเหลือ

ไม่ต้องการ เนื่องจาก มีงานทำ ศึกษาต่อ อื่นๆ (ระบุ).....

ต้องการ

/การศึกษา.....

- การศึกษา ระบุ.....
- จัดหางานให้ทำ ระบุ.....
- การฝึกทักษะ/พัฒนาฝีมืออาชีพ ระบุ.....
- เงินทุนประกอบอาชีพ ระบุ.....
- การรักษาสุขภาพ ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

หมายเหตุ แจ้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแล้ว ยังไม่ได้แจ้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม
เมื่อวันที่.....

๑๒. การได้รับความช่วยเหลือ

- ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ
- ได้รับความช่วยเหลือแล้ว คือ
 - ด้านการศึกษา ระบุ..... วัน/เดือนปี.....
 - ด้านอาชีพ/การทำงาน ระบุ..... วัน/เดือนปี.....
 - จัดหางานให้ทำ ระบุ..... วัน/เดือนปี.....
 - การฝึกทักษะ/พัฒนาฝีมืออาชีพ ระบุ..... วัน/เดือนปี.....
 - เงินทุนประกอบอาชีพ ระบุ..... วัน/เดือนปี.....
 - ด้านสุขภาพ/ส่งต่อเข้ารับการรักษาสุขภาพ ระบุ..... วัน/เดือน/ปี.....
 - อื่นๆ ระบุ..... วัน/เดือน/ปี.....

๑๓. พฤติกรรมความเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)(ผู้ติดตามประเมิน)

- ไม่พบพฤติกรรมความเสี่ยง
- มีพฤติกรรมความเสี่ยง
 - พุดจา/วทวน สื่อสารไม่เข้าใจ
 - หงุดหงิดง่าย
 - อยู่กับสภาพแวดล้อมเหมือนเดิม / กลุ่มเพื่อนเดิม / ยังไม่เลิกใช้สารเสพติด
- เลิกใช้สารเสพติดได้
- อื่นๆ (ระบุ).....

๑๔. ชื่อ - สกุล (ผู้ติดตาม)..... อายุ ปี
ตำแหน่ง.....หมายเลขบัตรประชาชน.....
สังกัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ติดตาม
(.....)
...../...../.....