

## แบบตอบกลับศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัดสุรินทร์

## ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับบริการ ..... อายุ..... ปี  
 ชื่อสถานบัน/โรงพยาบาล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ.....

## การรับบริการ

ภายในกำหนด                       เกินกำหนด

๑. การวินิจฉัย.....

๒. การบำบัดรักษา

- รูปแบบ

แบบผู้ป่วยนอก

นัดติดตามการรักษาครั้งต่อไป

.....  
 ส่งต่อ (ระบุหน่วยงานและเหตุผล)

แบบผู้ป่วยใน

ระบุเหตุผล

.....  
 วิธีการ (ระบุพอสังเขป)

๓. ข้อคิดเห็น/แนะนำต่อศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง ในการช่วยเหลือผู้รับบริการ

ชื่อผู้ตอบและตำแหน่ง .....

วันเดือนปีที่ตอบกลับ .....

## ส่วนที่ ๒ การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล

ผู้รับบริการได้อ่านและทราบข้อความข้างต้นและยินยอมให้ผู้ตอบได้ส่งข้อมูลดังกล่าวต่อศาลเยาวชนและครอบครัวกลางเพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจอย่างต่อเนื่องต่อไป

ลงนาม..... ผู้รับบริการ

( )

หรือ..... ผู้แทน (ระบุความเกี่ยวข้อง.....)

..... พยาน

( )

ศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัดสุรินทร์

๘๐๘ หมู่ ๒๐ ถนนเลี่ยงเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

โทรศัพท์ ๐๔๔ ๐๔๐๘ ๕๖-๗ โทรสาร ๐๔๔ ๐๔๐๘ ๕๘

โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๕๗๔๔๗๗๙ (สิรินุช ศูนย์ให้คำปรึกษาแนะนำ)