ที่ ____ เลขที่ ____

เอกสารรับรองความพิการ

สถานที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง _____

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____ สังกัด _____

ได้ประเมินนาย/นาง/นางสาว _____

เลขประจำตัวประชาชน(ก) _____

ประเภทความพิการ	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน(ข)		ระบุรายละเอียด/(ค) ลักษณะความผิดปกติ	ระดับของ(ง) ความผิดปกติ	เป็นมานาน ปี/เดือน
		ปกติ	ผิดปกติ			
1. ทางการมองเห็น	– การมองเห็นของสายตา – ลานสายตา					
2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	– การได้ยินเสียง – การเข้าใจภาษาพูด – การใช้ภาษาพูด					
3. ทางกายหรือการเคลื่อนไหว	– ลักษณะทั่วไปของร่างกาย – การเคลื่อนไหวมือหรือแขน – การเคลื่อนไหวขาหรือลำตัว					
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	– สภาวะทางจิตหรือพฤติกรรม					
5. ทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้	– ความสามารถทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้					

(จ)สรุปผลการวินิจฉัยปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน ( ) ไม่มีความพิการ

( ) มีความพิการ ประเภท _____

การเกิดความพิการ ( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง

ลักษณะของความพิการ _____

_____

_____

สาเหตุของความพิการ

( ) กรรมพันธุ์ ( ) อุบัติเหตุทางคมนาคม

( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุจากการทำงาน

( ) ภาวะเจ็บป่วย ( ) อุบัติเหตุอื่น ๆ

ระบุ _____

( ) อื่น ๆ

ระบุ _____

( ) ไม่ทราบสาเหตุ

ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่(ฉ) _____

ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์

( ) ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อน

( ) เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง

( ) กำลังได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่

( ) ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แล้ว

ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการ

( ) ไม่เคยได้รับ

( ) เคยได้รับดังนี้

1 _____ เมื่อ พ.ศ. _____

2 _____ เมื่อ พ.ศ. _____

3 _____ เมื่อ พ.ศ. _____

4 _____ เมื่อ พ.ศ. _____

ปัญหาและความต้องการ(ช) _____

ความเห็นเพิ่มเติม

( ) ส่งต่อประชาสงเคราะห์จังหวัดเพื่อการจดทะเบียนและดำเนินการต่อไป

( ) ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย

( ) ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ระบุ _____

( ) ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูทางการศึกษา

ระบุ _____

( ) ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

ระบุ _____

( ) ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

ระบุ _____

( ) ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ระบุ _____

อื่น ๆ _____

_____

_____

_____(ซ)

(_____)

ตำแหน่ง _____