

สถานที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิงใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตาบอด () ตาเลือนราง	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา					
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- การเข้าใจภาษาพูด			() หูตึง		
	- การใช้ภาษาพูด			() สื่อความหมาย		
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ..... () ร่างกาย ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย					
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- กลุ่มออทิสติก					
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

