

เอกสารรับรองความพิการ

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....สังกัด.....

ได้ประเมินนาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

ประเภทความพิการ	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียด/ ลักษณะความผิดปกติ	ระดับของ ความผิดปกติ	เป็นมานาน ปี/เดือน
		ปกติ	ผิดปกติ			
1. ทางการมองเห็น	- การมองเห็น ของสายตา					
	- ลานสายตา					
2. ทางการได้ยิน หรือการสื่อ ความหมาย	- การได้ยินเสียง					
	- การเข้าใจ ภาษาพูด					
	- การใช้ภาษาพูด					
3. ทางกายหรือ การเคลื่อนไหว	- ลักษณะทั่วไป ของร่างกาย					
	- การเคลื่อนไหว มือหรือแขน					
	- การเคลื่อนไหว ขาหรือลำตัว					
4. ทางจิตใจหรือ พฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม					
5. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทาง สติปัญญาหรือ การเรียนรู้					

สรุปผลการวินิจฉัยปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

☐ ไม่มีความพิการ

☐ มีความพิการ ประเภท.....

การเกิดความพิการ

☐ ตั้งแต่เกิด

☐ ภายหลัง

ลักษณะของความพิการ.....

.....

สาเหตุของความพิการ

☐ กรรมพันธุ์

☐ อุบัติเหตุทางคมนาคม

☐ โรคติดเชื้อ

☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน

☐ ภาวะเจ็บป่วย

☐ อุบัติเหตุอื่นๆ

ระบุ.....

☐ อื่นๆ

ระบุ.....

☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์

☐ ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อน

☐ เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

☐ กำลังได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่

☐ ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แล้ว

ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ

☐ ไม่เคยได้รับ

☐ เคยได้รับดังนี้

1.....เมื่อ พ.ศ.....

2.....เมื่อ พ.ศ.....

3.....เมื่อ พ.ศ.....

4.....เมื่อ พ.ศ.....

ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่.....

ปัญหาและความต้องการ.....

ความเห็นเพิ่มเติม

☐ ส่งต่อประชาสงเคราะห์จังหวัดเพื่อการจดทะเบียนและดำเนินการต่อไป

☐ ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย

☐ ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ระบุ.....

☐ ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูทางการศึกษา

ระบุ.....

☐ ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

ระบุ.....

☐ ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

ระบุ.....

☐ ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

ระบุ.....

อื่น ๆ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....