

แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

๑. ข้อมูลผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ./อื่นๆ)..... อายุ ปี

เลขประจำตัวของผู้พิการ/เลขบัตรประจำตัวประชาชน

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานที่พักอาศัย ☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ หอพัก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ : ก่อนพิการ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง/หม้าย จำนวนบุตร.....คน

: ปัจจุบัน ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง/หม้าย จำนวนบุตร.....คน

อาชีพ : ก่อนพิการ ☐ พนักงาน/ลูกจ้าง ☐ รับราชการ ☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ☐ ไม่มี

: ปัจจุบัน ☐ พนักงาน/ลูกจ้าง ☐ รับราชการ ☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ☐ ไม่มี

ภาระหน้าที่ในครอบครัว : ก่อนพิการ* ☐ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ☐ ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

: ปัจจุบัน* ☐ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ☐ ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

รายได้ต่อเดือน ไม่รวมเบี้ยผู้สูงอายุ หรือเบี้ยคนพิการ

ก่อนพิการ*บาท ปัจจุบัน*บาท

ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ-สกุล.....

เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....

๒. ความพิการ*

๒.๑ อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒ ลักษณะหรือสภาพความพิการ*

- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแล
- ☐ ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

๒.๓ ระยะเวลา : พิกัดมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอฯ)

๓.การได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ./หน่วยงานอื่น* (เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน หรือส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ปิดรับคำขอ เว้นแต่กรณีเป็นขาเทียมหรือแขนเทียม ที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า ๒ ปี หรือเป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ)

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ.

☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาแล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....

☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
(กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....

เมื่อวัน/เดือน/ปี//

ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....

ได้รับโดยการ ☐ ยืมชั่วคราว ☐ บริจาค ☐ เบิกตามสิทธิ ☐ อื่น ๆ (ระบุ.....)

☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

๔. ข้อมูลอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร*

๔.๑ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการในปัจจุบัน*

- ☐ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทใดอยู่เลย
- ☐ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร แต่มีประเภทอื่น (ระบุ)
- ☐ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร แต่มีสภาพ (ระบุ)
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๔.๒ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ต้องการขอรับจัดสรร ดังนี้

- ๔.๒.๑ ☐ แขนเทียม
- ๔.๒.๒ ☐ ขาเทียม
- ๔.๒.๓ ☐ กายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)
- ๔.๒.๔ ☐ รถนั่งสำหรับผู้พิการ
- ๔.๒.๕ ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ
- ๔.๒.๖ ☐ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ☐ ที่นอน
- ๔.๒.๙ ☐ เตียงผู้ป่วย
- ๔.๒.๑๐ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๔.๓ วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร* (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน
- ☐ ใช้ในการเดินทางไปประกอบอาชีพ (ระบุอาชีพ).....
- ☐ ใช้ในการช่วยเหลือสังคมหรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (ต้องแนบเอกสารหลักฐานประกอบให้ชัดเจน เช่น ใบประกาศนียบัตร หนังสือแต่งตั้ง หนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย เป็นต้น)

กรณารับหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสังเขป

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว ข้าพเจ้าจะใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดการใช้งาน โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าวไปจำหน่าย จ่ายแจก หรือยกให้บุคคลอื่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะบำรุงรักษาอุปกรณ์ดังกล่าวให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ หากตรวจพบว่าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะส่งคืนอุปกรณ์ให้กับหน่วยงานที่ขอรับจัดสรรและรับทราบว่าจะต้องถูกตัดสิทธิในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร

กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร
(.....)

วันที่.....

กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง (ไม่ได้เป็นญาติใกล้ชิด หรือผู้แทนโดยชอบธรรม)
(ผู้รับรอง) ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่า)

ตามหนังสือรับรองเลขที่.....ลงวันที่.....

ออกโดย :

- ☐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัด.....
- ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล.....
- ☐ สถานพยาบาลของรัฐ.....

แผนที่และสภาพพื้นที่โดยรอบที่พัก(ที่อยู่ผู้พิการ)

แผนที่

สภาพพื้นที่โดยรอบที่พักอาศัยหรือบ้านพัก

(พร้อมรูปถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป กรณีขอรับจัดสรรอุปกรณ์นั่งไฟฟ้า)

หมายเหตุ ๑. สามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯ ได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก
อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๐-๒๒๗๑-๘๗๐๖
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๒. ภายหลังรับทราบการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร/และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอแทน (นาย/นาง/นางสาว).....

ความเกี่ยวข้องกับผู้พิการ

- ☐ ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ ๒. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(กรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์)/ผู้พิทักษ์(กรณีที่ผู้พิการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)/ผู้อนุบาล(กรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ)
- ☐ ๓. บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน/พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- ☐ ๔. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมี นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้รับรอง

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในแบบคำขอ และความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ)

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
สังกัด..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ☐ ๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ☐ ๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ☐ ๓) ทะเบียนบ้านของผู้พิการ (ถ้ามี)
- ☐ ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
 - รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- ☐ ๕) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป
- ☐ ๖) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป
- ☐ ๗) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
ในกรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม ๗) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๗) ได้ด้วย
- ☐ ๘) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ☐ ๙) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทนผู้พิการ)
- ☐ ๑๐) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอแทนกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน/พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน)
- ☐ ๑๑) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)
- ☐ ๑๒) หลักฐานอื่น ๆ

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

ส่วนที่ 4 อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หลังรายการอุปกรณ์ที่เหมาะสม)

A. แขนเทียม		
1. แขนเทียมระดับหัวไหล่	1.1 แบบแกนใน ข้อไหล่แบบกางและหุบได้ (Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/ Shoulder joint with two arm bars)	☐ A11
	1.2 แบบแกนใน ข้อไหล่แบบหมุนได้หลายทิศทาง (Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/ Ball shoulder joint)	☐ A12
2. แขนเทียมระดับเหนือศอก	2.1 แบบแกนใน สำหรับความยาวต่อแขนสั้น (Cosmetic endo - Transhumeral prosthesis)	☐ A21
	2.2 แบบตะขอโลหะมีตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับและข้อศอก ปลดล็อกได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with hook)	☐ A22
	2.3 แบบ 5 นิ้วใช้งานได้ ข้อศอกปลดล็อกได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with functional hand)	☐ A23
3. แขนเทียมระดับใต้ศอก	3.1 แบบตะขอโลหะมีตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ (Passive Transradial prosthesis with hook)	☐ A31
B. ขาเทียม		
1. ชุดขาเทียมระดับเหนือเข่า ข้อเข่าเทียมระดับเหนือเข่า ที่มีกลไกป้องกันการล้มและสามารถล็อกข้อเข่าให้อยู่ในท่าเหยียดได้ (Safety knee) และข้อเท้าแบบมีแรงส่ง (Energy storage foot)		☐ B11
2. ชุดขาเทียมระดับเข่าระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดหลายแกน และเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Endo - Knee disarticulation prosthesis with dynamic foot)		☐ B21
3. ชุดขาเทียมระดับใต้เข่าระบบแกนใน และเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Energy storage foot)		☐ B31
4. ชุดเบ้าอ่อนขาเทียมใต้เข่า	4.1 ระบบวาล์วแบบทางเดียว (Silicone liner with suspension sleeve, suction valve)	☐ B41
	4.2 ระบบเดือย (Silicone liner with pin & shuttle lock)	☐ B42
	4.3 ชนิดซิลิโคนหรือวัสดุที่มีคุณภาพดีกว่า (Derma Seal, Silicone Sock)	☐ B43
5. ชุดตัวปรับหมุนข้อเข่าเพื่อการนั่งพับเพียบ (Knee rotator)		☐ B51
6. ข้อเข่าชนิดแกนเดียวระบบโรตารีไฮดรอลิกที่มีกลไกช่วยในการลงและขึ้นบันได		☐ B61
C. กายอุปกรณ์เสริม		
1. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับข้อสะโพก ข้อสะโพกชนิด Triple axis hip joint		☐ C11
2. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับเหนือเข่า		☐ C21
3. ชุดกายอุปกรณ์เสริมข้อเข่า	3.1 ชนิด Adjustable extension/flexion ring lock knee joint	☐ C31
	3.2 ชนิด Polycentric free motion knee joint	☐ C32
	3.3 ชนิด Compact double action ankle joint	☐ C23
4. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับข้อเท้า	4.1 ชนิดโลหะแกนเดี่ยวปรับองศาได้ (Camber Axis Hinge joint)	☐ C41
	4.2 และอุปกรณ์เสริมชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง (Ankle joint accessory with core and transferring load)	☐ C42
	4.3 และอุปกรณ์เสริมชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง ขนาดใหญ่ (Ankle joint accessory with core and transferring load)	☐ C43

1. รถนั่งคนพิการธรรมดาแบบมาตรฐาน ชนิดน้ำหนักเบาและสามารถปรับส่วนต่างๆได้		☐ D11
2. รถนั่งคนพิการแบบช่วยเหลือตนเองได้		☐ D21
3. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับได้		☐ D31
4. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับไม่ได้		☐ D41
5. รถนั่งคนพิการแบบ ขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า	5.1 ชนิดพับได้	☐ D51
	5.2 ชนิดพับไม่ได้	☐ D52
	5.3 ชนิดปรับเอนได้	☐ D53
	5.4 ชนิดปรับเอนนอนได้	☐ D54
6. รถนั่งคนพิการ ชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode wheelchair)	6.1 ชนิดล้อเล็ก	☐ D61
	6.2 ชนิดล้อใหญ่	☐ D62
7. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนได้ (Standing Wheelchair)		☐ D71
E. อุปกรณ์ทางการแพทย์		
1. เครื่องดูดเสมหะ		☐ E11
2. เครื่องผลิตออกซิเจน	2.1 5 ลิตร	☐ E21
	2.2 10 ลิตร	☐ E22
3. เตียงนอนธรรมดาชนิด 3 ไก่		☐ E31
4. ที่นอนลม		☐ E41
5. เตียงปรับระดับด้วยระบบไฟฟ้า ชนิด 3 ไก่		☐ E51
6. ที่นอนป้องกันแผลกดทับ		☐ E61
F. อื่นๆ		
1. เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ		☐ F11
2. รถสามล้อโยก		☐ F21
3. หัวลากรถนั่งคนพิการ แบบขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า		☐ F31
4. เครื่องยกย้ายคนพิการแบบไฟฟ้า		☐ F41
5. อื่นๆ (ระบุ)		☐ F51

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ

แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม
(กรณีอุปกรณ์อื่นไม่ต้องกรอกส่วนนี้)

(ชื่อ-สกุลผู้พิการ).....เบอร์โทรศัพท์.....

1) สภาวะทางร่างกาย

การทรงตัว ☐ good ☐ fair ☐ poor

การควบคุมศีรษะ/ลำคอ ☐ good ☐ fair ☐ poor

2) ภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่มี ☐ มีแผลกดทับระยะ....ที่..... ☐ มี Lt./Rt. hip dislocation ☐ อื่นๆ.....

3) การเคลื่อนย้ายตัว ☐ ทำยืนทำได้ต้องช่วย ☐ ทำนั่งทำได้ต้องช่วย ☐ อัม/อื่นๆ.....

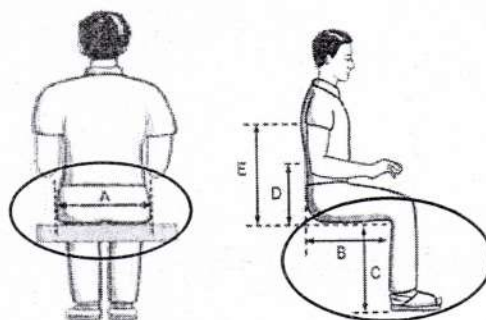
4) กิจกรรมในแต่ละวัน.....

5) ลักษณะที่อยู่อาศัย (ระบุ).....

6) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ☐ มีความเสี่ยง ☐ ไม่มีความเสี่ยง

7) วัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย	ขนาดร่างกาย (ซม.)	ขนาดของ W/C	ขนาดของรถนั่งคนพิการ (ซม.)
A	ความกว้างของสะโพก		=ความกว้างของที่นั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ซ้าย	ลบออก 3-5 ซม =ความลึกของที่นั่ง (ถ้าหาไม่เท่ากันให้ เลือกข้างสั้นกว่า)	
		ขวา		
C	ความยาวของ	ซ้าย	=ปรับที่วางเท้าให้พอดี	
	น่อง	ขวา	=ปรับที่วางเท้าให้พอดี	
D	ระยะจากที่นั่งถึงชายโครง		กรณีทรงตัวดี	
E	ระยะจากที่นั่งถึงฐานสะบัก		กรณีทรงตัวไม่ดีนัก	



8) ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการรายนี้

(โปรดระบุ เช่น เปิดที่วางแขนได้ เปิดที่พักเท้าได้ เหยียงแกนที่พับเท้าไปด้านข้างได้ พนักพิงสูง/ต่ำ ปรับเอนพนักพิงได้ ปุ่มควบคุมอยู่ด้านซ้าย/ขวา ปรับขึ้นได้ เป็นต้น)

.....
.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../.....(วันที่ประเมิน)

หมายเหตุ - ผู้ประเมินได้แก่ แพทย์ หรือนักวิชาชีพด้านฟื้นฟู เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น และขอให้ใช้ข้อมูลจากการประเมินในการเลือกและจัดหารถนั่งคนพิการที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการแต่ละราย