

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ประเมินกรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนชื่อสถานพยาบาล.....วัน.....เดือน.....ปี.....  
 ข้าพเจ้า นพ./พญ. ....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ว..... เป็นแพทย์เฉพาะทาง..... โทรศัพท์.....  
 ได้ประเมิน ด.ช./ต.ญ./นาย/นาง/น.ส. ....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับการประเมิน.....

ประเภทความบกพร่อง (ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง)	หัวข้อพิจารณา (พิจารณาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะ ความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิจารณาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า6/18 หรือ 20/70 ลงไป  - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา			( ) ตาบอด.....ข้าง ระบุ.....  ( ) ตาเลือนราง.....ข้าง ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
2. ทางการได้ยินหรือ สื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *ตั้งแต่ 41 dB ขึ้นไป จนไม่ได้ยิน  - การเข้าใจภาษาพูด  - การใช้ภาษาพูด			( ) หูหนวก.....ข้าง..... ( ) หูตึง.....ข้าง.....dB ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
3. ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด ต้องไม่สามารถหยิบจับ สิ่งของใช้ในชีวิตประจำวันได้			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ..... ( ) อ่อนแรง ระบุ..... ( ) อื่นๆ ระบุ..... ( ) ร่างกาย ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม *ICD 10			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา * IQ <70			( ) พัฒนาการ ระบุ..... ( ) สติปัญญา ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD)			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
7. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

\*ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ  
 สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

- ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ  มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทหลักเกณฑ์ความพิการ
- ความเห็น ( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....  
 ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..... ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....  
 ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..... ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ  
 (.....) ตำแหน่ง.....  
 ประทับตราสถานพยาบาล