

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ประเมินกรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล..... วัน..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า น.พ./พญ. ....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส. .... เลขประจำตัวประชาชน.....

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิจารณาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ตีกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา			( ) ตามอด.....ข้าง <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา ( ) ตามเลือนราง.....ข้าง <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ตีกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด			( ) หูหนวก <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา ( ) หูตึง <input type="checkbox"/> ซ้าย.....dB <input type="checkbox"/> ขวา.....dB ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ..... ( ) อ่อนแรง ระบุ..... ( ) อื่นๆ ระบุ..... ( ) ร่างกาย ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) โรคหลอดเลือดสมอง ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			( ) พัฒนาการ ..... ( ) สติปัญญา .....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ทักษะการเรียนรู้บกพร่อง หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
7. ทางออสติก	- กลุ่มออสติก หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัย			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) 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 เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

ความเห็น ( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาล