

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

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

ข้าพเจ้า นพ./พญ.ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

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

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ตีกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา			() ตาบอด.....ข้าง <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา () ตาเลือนราง.....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 *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ - 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 *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() 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 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ทักษะการเรียนรู้บกพร่อง หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
7. ทางออสติก	- กลุ่มออสติก หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			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 เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

- ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

- () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....
() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....
() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาล