



ใบรับรองแพทย์

เฉพาะด้านกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว
เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน
กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้พิการที่ขอใบรับรองแพทย์ (ผู้พิการหรือผู้ดูแลเป็นผู้กรอกข้อมูล)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้)

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าพิการจากการประสบภัย
ที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนจริง จึงขอใบรับรองเพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการ
ประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

ลงชื่อผู้พิการ/ผู้แทน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(กรณีผู้พิการไม่สามารถลงชื่อรับรองตนเองได้ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ลงนามแทน)

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้ประเมิน

โรงพยาบาล.....สังกัด.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

รายละเอียดตามหมายเหตุ (1) แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ด้านออร์โธปิดิกส์

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....สังกัด.....

ได้ตรวจประเมินนาย/นาง/นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยมีความพิการดังต่อไปนี้

ประเภทความพิการ	รายละเอียดลักษณะความพิการ	ระยะเวลาความพิการ
1. การเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> พิการอ่อนแรงทั้งตัว <input type="checkbox"/> พิการอ่อนแรง ระบุ..... <input type="checkbox"/> พิการแขนขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> พิการขาขาด ระดับ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	พิการมาแล้ว จำนวน..... ปีเดือน
2. อื่นๆ (ระบุ).....	

3. สาเหตุความพิการ (แพทย์ระบุโดย

ละเอียด).....

.....

.....

4. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับคนพิการ พร้อมลงลายมือชื่อแพทย์กำกับหลังชื่อประเภทอุปกรณ์นั้นๆ)

- | | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| 4.1 <input type="checkbox"/> แขนเทียมระดับใต้ศอก | ลงชื่อแพทย์..... | 4.2 <input type="checkbox"/> แขนเทียมระดับเหนือศอก | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.3 <input type="checkbox"/> แขนเทียมระดับข้อไหล่ | ลงชื่อแพทย์..... | 4.4 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับใต้เข่า | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.5 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับข้อเข่า | ลงชื่อแพทย์..... | 4.6 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับเหนือเข่า | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.7 <input type="checkbox"/> ขาเทียมระดับสะโพก | ลงชื่อแพทย์..... | 4.8 <input type="checkbox"/> โลหะตามขา () ชนิดสั้น () ชนิดยาว | ลงชื่อแพทย์..... |
| | | | |
| 4.9 <input type="checkbox"/> เตียงนอนแบบธรรมดาชนิด 3 ไก่ | ลงชื่อแพทย์..... | 4.10 <input type="checkbox"/> ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.11 <input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ | ลงชื่อแพทย์..... | 4.12 <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.13 <input type="checkbox"/> เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ | ลงชื่อแพทย์..... | 4.14 <input type="checkbox"/> รถสามล้อโยก | ลงชื่อแพทย์..... |
| 4.15 <input type="checkbox"/> รถนั่งธรรมดา (Manual Wheelchair) ต้องระบุข้อมูลในแบบประเมินหน้าที่ 3 ให้ครบถ้วน | ลงชื่อแพทย์..... | | |
| () Standard () Independent () Reclining | | | |
| 4.16 <input type="checkbox"/> รถนั่งไฟฟ้า (Power Wheelchair) ต้องระบุข้อมูลในแบบประเมินหน้าที่ 3 ให้ครบถ้วน | ลงชื่อแพทย์..... | | |

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx.) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียดและข้อเสนอแนะของแพทย์ เป็นภาษาไทย รายละเอียดตามหมายเหตุ (2)

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

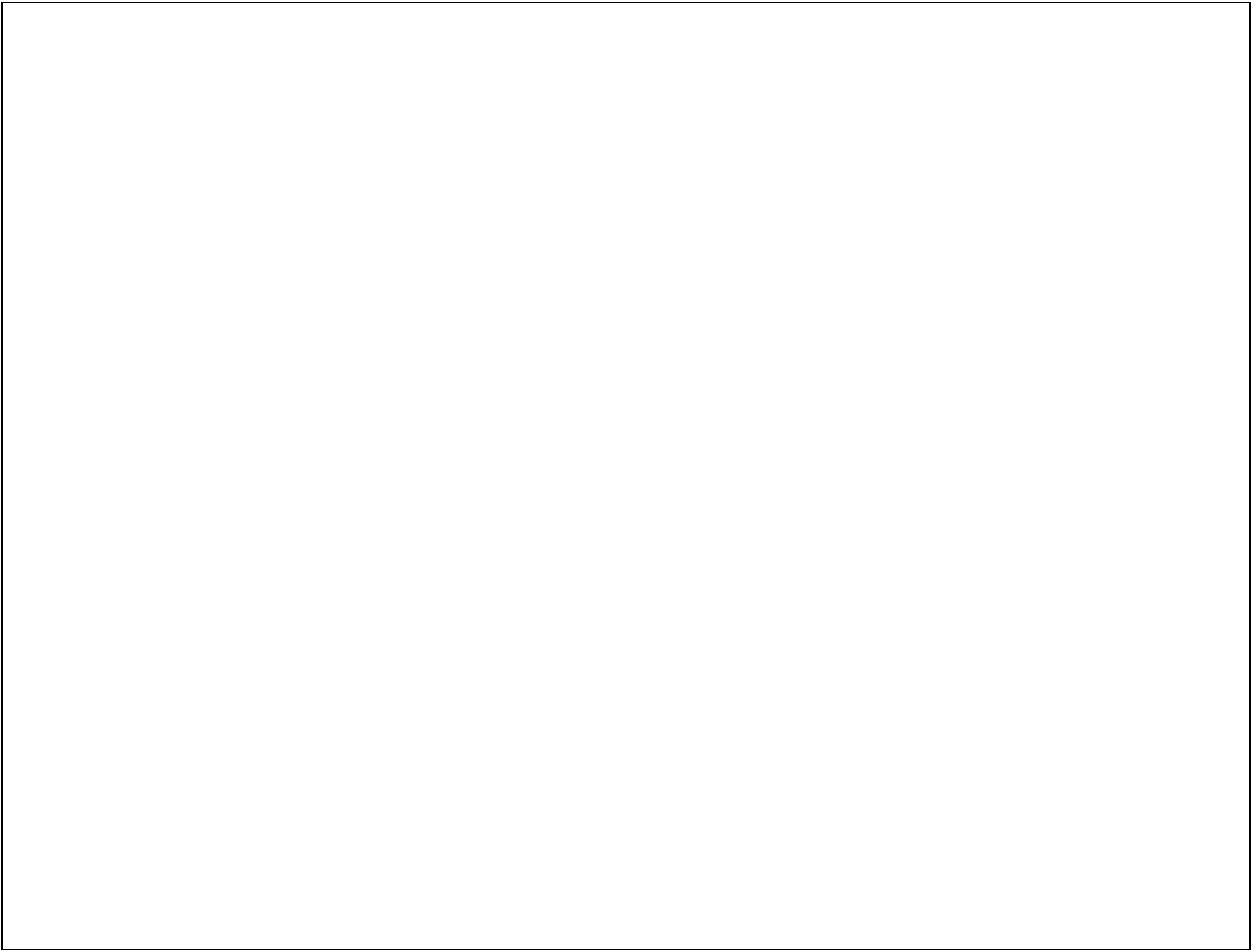
ประทับตรา
สถานพยาบาลของรัฐ

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นคนพิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนจริงและข้อเสนอแนะจากแพทย์ผู้ประเมิน

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 6 เดือนนับแต่วันที่ตรวจประเมิน

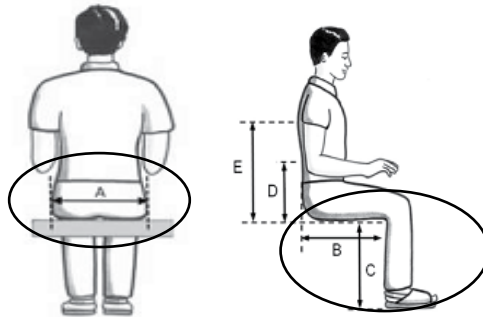
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการพิจารณาการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสพภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ในการประชุมครั้งที่ 2/2561 วันที่ 23 มีนาคม 2561



แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งผู้พิการที่เหมาะสม
สำหรับ (ชื่อ-สกุลผู้พิการ).....

1. การวัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย	ขนาดร่างกาย (ซม.)	การคำนวณขนาดร่างกายไปสู่ขนาดของรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม	ขนาดของรถนั่งคนพิการ (ซม.)
A	ความกว้างของสะโพก		ความกว้างของสะโพก = ความกว้างของที่รอนั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ชาย	B ลบออก 30 – 50 มม. = ความลึกของที่นั่ง	
		ขวา		
C	ความยาวน่อง	ชาย	= จากขอบบนของเบาะรอนั่งถึงขอบหลังของที่วางเท้า หรือ = จากขอบบนของเบาะรอนั่งถึงพื้น กรณีคนพิการใช้เท้าเข็นรถ	
		ขวา		



2. รถนั่งผู้พิการที่เหมาะสม

- แบบมาตรฐาน (standard) ขนาด.....นิ้ว แบบช่วยเหลือตนเองได้ (independent) ขนาด.....นิ้ว
 แบบปรับเอนนอนได้ (reclining) ขนาด.....นิ้ว แบบขับเคลื่อนด้วยไฟฟ้า (power wheelchair)

เหตุผล (โปรดระบุเหตุผลที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านสภาพทางร่างกาย/วิถีชีวิต/สภาพแวดล้อม)

.....

.....

3. ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งผู้พิการ ที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการรายนี้

(โปรดระบุ เช่น เปิดที่วางแขนได้ เปิดที่พักเท้าได้ เหวี่ยงแกนที่พักเท้าไปด้านหลังได้ พนักพิงสูง/ต่ำ ปรับเอนพนักพิงได้ ปุ่มควบคุมอยู่ด้านซ้าย/ขวา ปรับย่นได้ เป็นต้น)

.....

.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลของรัฐ

(.....) ผู้ประเมิน
..... ตำแหน่ง
...../...../.....(วันที่ประเมิน)

หมายเหตุ ผู้ประเมินได้แก่ แพทย์ หรือนักวิชาชีพด้านฟื้นฟู เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น และขอให้ใช้ข้อมูลจากการประเมินในการเลือกและจัดหารถนั่งคนพิการที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการแต่ละราย