

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ประเมินกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล..... วัน..... เดือน..... พ.ศ.....
 ข้าพเจ้า นพ./พญ. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ว..... เป็นแพทย์เฉพาะทาง.....
 ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส. เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา (พิจารณาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะ ความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิจารณาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1.ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา			() ตาบอด.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R ระบุ..... () ตาเลือนราง.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
2.ทางการได้ยินหรือ สื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด			() หูหนวก.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R () หูตึง <input type="checkbox"/> L.....dB <input type="checkbox"/> R.....dB () สื่อความหมาย	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
3.ทางการเคลื่อนไหว หรือทรงร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด ต้องไม่สามารถหยิบ จับสิ่งของในชีวิตประจำวันได้			() 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.ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม * ICD 10 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			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 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() พัฒนา ระบุ..... () สติปัญญา ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน...ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> สิ้นสุดการรักษา <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สิ้นสุดการรักษา	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
6.ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			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
 สรุปลงผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ

มีความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทหลักเกณฑ์ความพิการ

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

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาล