

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่

สถานที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิงใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาวเลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ	
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง				
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตาบอด () ตาเลือนราง	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () อุบัติเหตุ () ไม่ทราบสาเหตุ	() โรคติดเชื้อ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- ลานสายตา						
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม	() โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			() หูตึง	() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ	() โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- การใช้ภาษาพูด			() สื่อความหมาย		() ไม่ทราบสาเหตุ	
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () อุบัติเหตุ () ไม่ทราบสาเหตุ	() โรคติดเชื้อ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			() ร่างกาย ระบุ.....			
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () อุบัติเหตุ () ไม่ทราบสาเหตุ	() โรคติดเชื้อ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนา () สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () อุบัติเหตุ () ไม่ทราบสาเหตุ	() โรคติดเชื้อ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () อุบัติเหตุ () ไม่ทราบสาเหตุ	() โรคติดเชื้อ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๗. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () อุบัติเหตุ () ไม่ทราบสาเหตุ	() โรคติดเชื้อ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..... () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
โรงพยาบาล