

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานคนพิการทุกประเภท

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์ข้อมูลของท่านและครอบครัวครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ
โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความ เป็นจริง อันจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการให้ก้าวหน้า
และมีประโยชน์มากแก่คนพิการมากยิ่งขึ้น

ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างหน้าข้อความและเติมข้อความลงใน.....

วันที่เก็บข้อมูล.....เดือน.....พศ.....

ชื่อผู้เก็บแบบสอบถาม.....นามสกุล.....โทร.....

ชื่อผู้ให้ข้อมูล คนพิการ

ผู้ดูแลคนพิการชื่อ.....นามสกุล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

1.1) คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

1.2) เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---

1.3) เพศ ชาย หญิง

1.4) วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

1.5) เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

1.6) สถานภาพสมรส

โสด สมรสอยู่ด้วยกัน

อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน หม้ายหย่าร้าง

หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต สมรสแยกกันอยู่

อื่นๆ ระบุ.....

1.7) การศึกษาสูงสุดของท่าน

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้นที่..... ประถมศึกษาตอนปลายที่.....

มัธยมศึกษาตอนต้นที่..... มัธยมศึกษาตอนปลายที่.....

ปวช. ปีที่.....สาขา..... ปวส. ปีที่.....สาขา.....

ปริญญาตรีชั้นปี.....สาขา.....คณะ.....

อื่น ๆ ระบุ.....

1.8)การศึกษาต่อ ไม่ได้ศึกษาต่อ ศึกษาต่อระดับ.....สถานศึกษา.....

1.9) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อคนพิการได้

ชื่อชุมชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

จีพีเอส ลองติจูด.....ละติจูด.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

1.10) สถานที่พักอาศัย

บ้านพ่อแม่ บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า อื่น ๆ ระบุ.....

1.11) สภาพบ้าน

บ้านชั้นเดียว บ้านสองชั้นขึ้นไป ตึกแถว ห้องแถว

อื่นๆ (เช่น กระท้อบน ำนำ วัด เป็นต้น) ระบุ.....

1.12) โทรศัพท์บ้าน (074) เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

1.13) ความสามารถในการทำงาน..... ความสามารถพิเศษ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

2.1) ท่านมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุ

โรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ

โรคหอบ โรคถุงลมโป่งพอง ไตวาย มะเร็ง

ข้ออักเสบ ข้ออักเสบจากเก๊าท์ ข้ออักเสบจากรูมาตอยด์

โรคลมชัก โรคเส้นเลือดสมองตีบ พาร์กินสัน(อาการสั่น)

อื่น ๆ ระบุ.....

ภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อเกร็งหรือกระตุก

อื่น ๆ ระบุ.....

2.2) สิทธิในการรับการรักษาพยาบาล

สิทธิข้าราชการ/วิสาหกิจ ระบุสถานที่ทำงาน.....

สิทธิประกันสังคม ระบุสถานที่ทำงาน..... เลขที่ประกันสังคม.....

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่บัตร ท.74.....

สิทธิว่าง (อยู่ระหว่างรอสิทธิ์ ไม่มีสิทธิ์ใดๆ เพราะสาเหตุใด.....)

สิทธิอื่น ๆ.....

2.3) ประวัติการรักษาพยาบาล

ได้รับการรักษา ระบุ..... ไม่ได้ได้รับการรักษา

สถานที่รับการรักษา 1)..... 2).....

การรักษาต่อเนื่อง รักษาสม่ำเสมอ รักษาไม่สม่ำเสมอ

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร แพ้ยา ระบุ..... แพ้อาหาร ระบุ..... ไม่แพ้

2.4) การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (โปรดตอบโดยละเอียดในภาคผนวก แผ่นสุดท้ายด้วย)

1) สุขอนามัยส่วนตัวคนพิการ

สะอาดถูกหลักอนามัย สะอาดปานกลาง ไม่สะอาด อธิบายที่สังเกตได้.....

2) สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้าน

สะอาด สะอาดปานกลาง ไม่สะอาด อธิบายที่สังเกตได้.....

3) ความปลอดภัยและความมั่นคงของที่อยู่อาศัย

ปลอดภัย ปลอดภัยปานกลาง ไม่ปลอดภัย อธิบายที่สังเกตได้.....

มั่นคงดี มั่นคงปานกลาง ไม่มั่นคง อธิบายที่สังเกตได้.....

4) มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้สามารถดำรงชีวิตในบ้านได้

ไม่มี

มี ได้แก่ ราวจับในบ้าน ราวจับในห้องน้ำ ทางลาดของรถเข็น

5) การรับบริการด้านสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง

ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พยาบาล/อสม.) มาเยี่ยมบ้าน ไม่ได้มาเยี่ยม

ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือความพิการ (เช่น รถเข็น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน วอล์คเกอร์ ไม้เท้าขาว เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น)

ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ความช่วยเหลือ

ได้รับอุปกรณ์ความช่วยเหลือ

ข้อมูลกายอุปกรณ์

ระบุ 1).....รับเมื่อ.....หน่วยงาน.....สภาพปัจจุบัน.....

2).....รับเมื่อ.....หน่วยงาน.....สภาพปัจจุบัน.....

3).....รับเมื่อ.....หน่วยงาน.....สภาพปัจจุบัน.....

4).....รับเมื่อ.....หน่วยงาน.....สภาพปัจจุบัน.....

5).....รับเมื่อ.....หน่วยงาน.....สภาพปัจจุบัน.....

2.5) ท่านเคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและ/หรือการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ.....

2.6) ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสุขภาพในด้านใด

ปัญหา.....

.....

.....

.....

.....

ความต้องการ.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพิการ

3.1) จดทะเบียนคนพิการ

จดทะเบียนคนพิการแล้ว

วันจดทะเบียนครั้งแรก.....เดือน.....ปี..... จำไม่ได้

วันต่อบัตรล่าสุด.....วันหมดอายุ.....สถานที่ต่อทะเบียนฯ.....

ยังไม่ได้รับการจดทะเบียน เพราะ

รอคอย เหตุผลที่ต้องรอดทะเบียน.....

ไม่ประสงค์จัด เพราะ (ถ้ายินดีที่จะบอก).....

3.2) ท่านมีเอกสารเหล่านี้หรือไม่

บัตรประจำตัวคนพิการระบุ (แบบเล่ม สมาร์ทการ์ด)

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรผู้สูงอายุ

ทะเบียนบ้าน

บัตรอื่นๆ ระบุ.....

3.3) ประเภทความพิการและลักษณะความพิการ ที่ระบุในบัตรประจำตัวคนพิการ

หมายเหตุ : แบ่งประเภทตาม พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐

1.ทางการเห็น

2.ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

3.ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

4.ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

5. ทางสติปัญญา

6. ทางการเรียนรู้

7. ทางออทิสติก

3.4) สาเหตุความพิการ

พิการแต่กำเนิด

พิการจากอุบัติเหตุ ระบุโรคที่แพทย์วินิจฉัย..... เมื่ออายุ.....ปี

พิการจากการเจ็บป่วย ระบุโรคที่แพทย์วินิจฉัย..... เมื่ออายุ.....ปี

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

3.5) ระดับความพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้

3.6) สื่อสารได้หรือไม่ ได้ ไม่ได้

3.7) ลักษณะความพิการที่ผู้เก็บข้อมูลเห็น

ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย	ทางการเห็น	ทางการได้ยินหรือ สื่อความหมาย	ทางสติปัญญา	ทางจิตใจหรือ พฤติกรรม	ทางการเรียนรู้	ทางออทิสติก
<input type="checkbox"/> แขนและขาซีกซ้ายอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แขนและขาซีกขวาอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แขนและขาซีกซ้ายขยับไม่ได้ <input type="checkbox"/> แขนและขาซีกขวาขยับไม่ได้ <input type="checkbox"/> แขนและขาทั้งสองข้างขยับไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง <input type="checkbox"/> ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง <input type="checkbox"/> ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง <input type="checkbox"/> ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง	<input type="checkbox"/> ไม่มีรูหู ทั้งสองข้าง <input type="checkbox"/> หูหนวกสองข้าง <input type="checkbox"/> หูตึงสองข้าง <input type="checkbox"/> เป็นใบ้	<input type="checkbox"/> กลุ่มอาการดาวน์	<input type="checkbox"/> ประสาทหลอน <input type="checkbox"/> หูแว่ว <input type="checkbox"/> หลงผิดหวาดระแวง <input type="checkbox"/> พุดคนเดียว	บกพร่องด้านการ เรียนรู้ไม่เหมาะกับ อายุจริงหรือแอลดี <input type="checkbox"/> ด้านการอ่าน <input type="checkbox"/> ด้านการเขียน <input type="checkbox"/> ด้านการคำนวณ <input type="checkbox"/> ด้านการเรียนรู้	<input type="checkbox"/> บกพร่องในการใช้ ท่าทาง เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า การ แสดงความต้องการ เป็นต้น <input type="checkbox"/> ทำกิริยาซ้ำ ๆ เช่น โบกมือ โยกตัว เป็น ต้น
ขา <input type="checkbox"/> อ่อนแรง หรือ <input type="checkbox"/> ขยับไม่ได้ <input type="checkbox"/> ข้างขวา <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย	<input type="checkbox"/> ตาบอดสนิทสองข้าง <input type="checkbox"/> สายตาเลือนรางสองข้าง					
แขน <input type="checkbox"/> อ่อนแรง หรือ <input type="checkbox"/> ขยับไม่ได้ <input type="checkbox"/> ข้างขวา <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย						
<input type="checkbox"/> สมองพิการ (ซี.พี) <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อเกร็ง <input type="checkbox"/> อ่อนแรง <input type="checkbox"/> มีข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
แขนขาด <input type="checkbox"/> ข้างขวา ตั้งแต่ระดับ..... ขึ้นไป <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย ตั้งแต่ระดับ..... ขึ้นไป		กรณีมีผู้ดูแล ผู้ดูแลให้การดูแลคนพิการในเรื่องใดบ้าง โปรดบรรยาย				
ขาขาด <input type="checkbox"/> ข้างขวา ตั้งแต่ระดับ..... ขึ้นไป <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย ตั้งแต่ระดับ..... ขึ้นไป						
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ เช่น การผิดปกติ/เตี้ยผิดปกติ โปรดระบุ.....						

3.8) ผู้เก็บข้อมูลมีความเห็นว่าคนพิการควรได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ทางกายและการเคลื่อนไหว	ทางการมองเห็น	ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	สติปัญญา, ออทิสติก, และจิตและพฤติกรรม
<input type="checkbox"/> ทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ทำแผลกดทับ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก <input type="checkbox"/> ช่วยฝึกกายภาพบำบัดหรือฝึกให้ทำด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ฝึกการช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมประจำวันเรื่อง ระบุ <input type="checkbox"/> การฝึกทักษะเพื่อการดำรงชีวิตตามความต้องการ (เช่น ฝึกการนั่งซ้อนรถมอเตอร์ไซด์ การขึ้นรถเป็นต้น) <input type="checkbox"/> ส่งต่อคนพิการเข้ารับการตรวจร่างกายหรือฟื้นฟูจากแพทย์เฉพาะทาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ฝึกทักษะ O&M (การใช้ไม้เท้าขาวของคนตาบอด) <input type="checkbox"/> ส่งต่อคนพิการเข้ารับการตรวจร่างกายหรือฟื้นฟูจากแพทย์เฉพาะทาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ฝึกทักษะการพูด <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้ภาษามือ <input type="checkbox"/> ส่งต่อคนพิการเข้ารับการตรวจร่างกายหรือฟื้นฟูจากแพทย์เฉพาะทาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมประจำวันเรื่อง ระบุ <input type="checkbox"/> ฝึกวิธีการดูแลคนพิการให้สมาชิกครอบครัว <input type="checkbox"/> การดูแลเรื่องการกินยาจิตเวชให้ต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ส่งต่อคนพิการเข้ารับการตรวจร่างกายหรือฟื้นฟูจากแพทย์เฉพาะทาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผู้ดูแลและได้รับการช่วยเหลือ

4.1) ผู้ดูแลประจำของคนพิการเป็นใคร

- ไม่มีคนดูแล
- มีคนดูแล
 - สมาชิกครอบครัว
 - จ้างคนนอกครอบครัวมาดูแล

4.2) ผู้ดูแลคนพิการประจำ (หลัก) (กรณีไม่มีผู้ดูแลหลัก ใส่ชื่อผู้ใหญ่บ้าน / อสม. ที่ดูแล)

1) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....

โทรศัพท์..... หมายเลข.....

2) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....

โทรศัพท์.....หมายเลข.....

3) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....

โทรศัพท์.....หมายเลข.....(กรณีรับจ้างดูแล).....

4.3) ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ

มีผู้ช่วยดูแลคนพิการ (บุคคลที่ผ่านการอบรมและรับรองจาก พม./อสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ)

1) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ..... โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

2) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ..... โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

3) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ..... โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

4) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ..... โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

4.4) คุณสมบัติของผู้ดูแลคนพิการ	ไม่เคย	เคย	จากใครหรือที่ใด (ระบุ)
- ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลคนพิการ			
- ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลคนพิการ			

4.5) ปัญหาหรือความต้องการของผู้ดูแล

ปัญหา.....

.....

.....

ความต้องการ.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสวัสดิการอื่น ๆ

5.1) ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่ (การประกอบอาชีพคือการทำงานที่ทำให้เกิดรายได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่ประกอบอาชีพ เกษตร ทำนา เกษตรทำไร่
 เกษตรทำสวน เกษตรเลี้ยงสัตว์ ประมง
 กิจการส่วนตัว ค้าขาย รับจ้าง
 รวมกลุ่มทำอาชีพในชุมชน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5.2) ความสามารถพิเศษของคนพิการหรือผู้ดูแล โปรดระบุ.....
.....
.....

5.3) ท่านเคยฝึกอาชีพหรือไม่

- เคย ระบุ.....
 ไม่เคย

5.4) ท่านต้องการฝึกอาชีพหรือไม่

- ไม่ต้องการ
 ต้องการ ระบุรายละเอียดความต้องการ.....

5.5) รายได้ของคนพิการ (รายละเอียดที่เกี่ยวกับรายได้ เช่น ลูก หลานส่งเงินให้ใช้สม่ำเสมอ แต่ไม่นับเบี่ยความพิการ/เบี่ยผู้สูงอายุ /หรือมีมากกว่า 1 อาชีพ)

- ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน 3,001-5,000 บาท/เดือน 5,001-8,000 บาท/เดือน
 8,001 บาทขึ้นไป ไม่มีรายได้

5.6) รายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

- เพียงพอ ไม่เพียงพอ

5.7) ท่านใช้จ่ายไปในเรื่องอะไรบ้าง

- ด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ของใช้ส่วนตัว ด้านอาหาร ด้านสาธารณูปโภค ด้านอื่นๆ.....

5.8) ท่านและครอบครัวมีภาระหนี้สินหรือไม่

- ไม่มี
 มี โปรดระบุ.....

ผู้กู้ คนพิการผู้ รวมกลุ่มกันผู้ ผู้ดูแลคนพิการผู้ (ผู้ดูแลตามกฎหมาย)

5.9) บริการ/สวัสดิการที่เคยได้รับหรือสวัสดิการที่รับอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งเคยได้รับความช่วยเหลือใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รู้เรื่องเกี่ยวกับสิทธิคนพิการ สามารถตอบคำถาม เรื่องสิทธิคนพิการพื้นฐานได้
 ต้องการคำเนนกาให้ได้รับความเป็นธรรมเพื่อได้สิทธิอื่นๆ ระบุ.....
 ทวนการศึกษา (ของตัวท่านเองหรือบุตร)

- ได้รับเงินสงเคราะห์หรือเงินช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน จาก.....
- ได้กู้ยืมเงิน จาก.....จำนวนเงินที่กู้.....
- ได้รับเบี้ยความพิการ และ/หรือ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
(ได้รับอย่างไร ไปรับเอง เจ้าหน้าที่นำมาให้ ผู้ดูแลรับให้)
(ได้รับอย่างไร ได้รับทุกเดือน ได้รับทุกสามเดือน ไม่แน่นอน)
- ได้รับแจกเครื่องอุปโภค บริโภคเป็นครั้งคราว

ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านบริการ/สวัสดิการ

ปัญหา.....

ความต้องการ.....

5.10) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ได้รับการยอมรับและให้ความสำคัญในฐานะสมาชิกครอบครัวคนหนึ่ง
- เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีในชุมชน
- มีส่วนร่วมในการทำประชาคมในชุมชน
- เป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ในชุมชน หรืออปท.และหรือหน่วยงานราชการ โปรตระบุ.....
- เข้าร่วมกิจกรรมกีฬานันทนาการ
- เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/องค์กรคนพิการ ระบุ.....
- เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/องค์กรในชุมชน ระบุ.....
- เป็นสมาชิกกลุ่มสัจจะวันละบาท
- เป็นสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน
- เป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์
- อื่น ๆ ระบุ.....

ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านกิจกรรมทางสังคมในด้านใด

ปัญหา.....

ความต้องการ.....

5.11) การใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่เคยใช้
- เคยใช้ ระบุการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ
- ใช้ประโยชน์จากสถานที่สาธารณะในพื้นที่ เช่น สวนสุขภาพ วัด ตลาด เป็นต้น ได้
- พึงพอใจในการไปใช้สิ่งอำนวยความสะดวกของคนพิการและสถานที่สาธารณะในพื้นที่
- พาหนะเพื่อการเดินทาง
- การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะเช่น ห้องน้ำ ทางลาดในอาคาร ที่จอดรถ
- การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านต่าง ๆ

ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงและใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ ในด้านใด
ปัญหา.....

.....
.....
.....

ความต้องการ.....

.....
.....
.....
.....

5.12) การได้รับสวัสดิการจากชุมชน /สังคม

- การจดทะเบียนคนพิการ
- การมีผู้ช่วยคนพิการ
- การปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน/ปรับสภาพบ้านให้เอื้อต่อคนพิการ/สร้างบ้านใหม่
- การอุปการะเลี้ยงดู (สถานสงเคราะห์)
- การกู้ยืม/เงินทุนประกอบอาชีพ
- การฝึกอาชีพในชุมชน
- การจัดหางาน/อาชีพให้คนพิการ ระบุรายละเอียด
- ยื่นขอเบี้ยคนพิการ
- อื่น ๆ (เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน) ระบุ.....

ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสวัสดิการจากชุมชน/สังคม

ปัญหา.....

.....
.....
.....

ความต้องการ.....

.....
.....

ผู้เก็บข้อมูลมีความเห็นว่าคนพิการควรได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม ดังนี้

- ควรส่งต่อคนพิการเข้ารับการศึกษที่โรงเรียนเรียนร่วม
- ควรส่งต่อคนพิการเข้ารับการศึกษที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ
- ควรส่งต่อคนพิการเข้ารับการฝึกอาชีพในศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ จากการสังเกตและการประเมินของผู้เก็บข้อมูล

ความสามารถของคนพิการ.....

อุปสรรคในการดำรงชีวิตของคนพิการ.....

เรื่องเร่งด่วน / สำคัญที่ต้องดำเนินการ/ มีเรื่องอะไร / เพราะอะไร โปรดระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก

The Barthel index of activities of daily living ใส่เครื่องหมาย ✓ ในกิจกรรมที่ตรงกับคนพิการ

กิจกรรม	✓	คะแนน
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมลำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า		
0 = ไม่สามารถตัดอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้		
5 = ช่วยใช้ช้อนตัดอาหารไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า		
10 = ตัดอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ		
2. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้		
0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น		
5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้		
10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย		
15 = ทำได้เอง		
3. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
0 = ต้องการความช่วยเหลือ		
5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)		
4. การเข้าห้องน้ำ		
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้		
5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง		
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)		
5. การอาบน้ำ		
0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้		
5 = อาบน้ำได้เอง		
6. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้		
5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้		
10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย		
15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง		

กิจกรรม	✓	คะแนน
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
0 = ไม่สามารถทำได้		
5 = ต้องการคนช่วยเหลือ		
10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)		
8. การสวมใส่เสื้อผ้า		
0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย		
5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย		
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)		
9. การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ		
5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)		
10 = กลั้นได้ปกติ		
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
0 = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้		
5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)		
10 = กลั้นได้ปกติ		
คะแนนรวม		