

# ใบรับรองแพทย์



เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน  
กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....

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

ได้ประเมิน(ชื่อ-สกุล).....เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความพิการ	รายละเอียดลักษณะความพิการ	การเกิดความพิการ
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.....	<input type="checkbox"/> ตั้งแต่เกิด <input type="checkbox"/> ภายหลัง จำนวน..... ปี..... เดือน
2. การมองเห็น	<input type="checkbox"/> ตาบอด.....ข้าง <input type="checkbox"/> ลานสายตา <input type="checkbox"/> ตาเห็นเลือนราง	
3. อื่นๆ (ระบุ).....		

4. สาเหตุความพิการ (แพทย์ระบุโดยละเอียด).....

5. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อกำกับ  
หลังชื่อประเภทอุปกรณ์นั้น)

- |   |  |
|---|--|
| 5.1 <input type="checkbox"/> แขนเทียม (ระดับ) .....                                   | 5.2 <input type="checkbox"/> ขาเทียม (ระดับ) .....   |
| 5.3 <input type="checkbox"/> รถนั่งคนพิการชนิดธรรมดา                                  | 5.4 <input type="checkbox"/> รถนั่งคนพิการชนิดไฟฟ้า  |
| 5.5 <input type="checkbox"/> เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ                               | 5.6 <input type="checkbox"/> รถสามล้อโยก             |
| 5.7 <input type="checkbox"/> เตียงนอนแบบธรรมดาพร้อมที่นอนธรรมดา                       | 5.8 <input type="checkbox"/> ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ |
| 5.9 <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้พิการทางสายตา |  |

สรุปการวินิจฉัยโรค (Dx.) ระบุสภาพความพิการโดยละเอียด เป็นภาษาไทย

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

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

ประทับตรา  
 สถานพยาบาลของรัฐ