

แบบคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ

ประจำจังหวัด

รูปถ่าย
1 นิ้ว / 2 นิ้ว
จำนวน 1 รูป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคนพิการและครอบครัว

1. ชื่อ สกุลคนพิการที่ขอรับบริการ.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำประชาชน ---

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมลล์ (ถ้ามี).....

2. ชื่อ-สกุลผู้ดูแลคนพิการ..... อายุ..... ปี เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

3. ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ สกุล..... เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร/หน่วยงาน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (ถ้ามี).....

4. สถานภาพปัจจุบัน

1. การสมรส โสด แต่งงาน หย่า แยกกันอยู่ โดย ไม่มีบุตร มีบุตร..... คน อื่นๆ ระบุ.....

2. การศึกษา กำลังศึกษา จบการศึกษา
ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี อื่นๆ ระบุ.....

3. การประกอบอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ กิจการส่วนตัว รับจ้าง อื่นๆ ระบุ.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านพ่อแม่ บ้านญาติ บ้านตนเอง บ้านเช่า อื่นๆ ระบุ.....
อยู่ในบ้านหลังนี้ทั้งหมด.....คน ทำงาน/มีรายได้มี.....คน รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว.....บาท/เดือน

5. การดูแลคนพิการ ไม่มีผู้ดูแล มีบางเวลา โปรดระบุช่วงเวลาที่มีคนดูแล..... มีผู้ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้ดูแล
กรณีมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ โดยเป็น..... ช่วยดูแลในเรื่องใดโปรดระบุรายละเอียด(ใครดูแล ช่วงเวลาใด ดูแลเรื่องอะไร)

5. สภาพความพิการ

1. ประเภทความพิการ โปรดระบุประเภท และปัจจุบันมีสภาพความพิการเป็นอย่างไร ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยอะไรบ้าง

1. ทางการเห็น ตามองทั้ง 2 ข้าง ไม่ได้ใช้ไม้เท้าขาว/อุปกรณ์เครื่องช่วยใดๆ ใช้ไม้เท้าขาว
 ใช้อุปกรณ์อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. ทางการได้ยิน หูหนวกทั้ง 2 ข้าง ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ.....
 มีการใช้บริการล่าม/อุปกรณ์เครื่องที่จำเป็น โปรดระบุรายละเอียด.....

3. ทางเคลื่อนไหว อัมพาต อัมพฤกษ์ สมองพิการ(ซีพี.) กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขน/ขาขาด ระบุ.....
 ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ทางจิต/พฤติกรรม เป็นผู้ป่วยทางจิต พฤติกรรม โปรดระบุ.....
 ใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วยอื่นๆ โปรดระบุ.....

ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ.....

บริการ/สื่อ/เครื่องช่วยที่ใช้อยู่ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยหมด	ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบ ทั้งหมด	ทำเองได้บ้าง ญาติต้องคอย สั่งให้ทำ	ทำเองบ้าง ญาติช่วยบ้าง	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีใครช่วย			
1	การทำความสะอาด ร่างกาย	4	3	2	1	0	4		
2	การแต่งกาย	ทำไม่ได้เลย ญาติทำให้ ทั้งหมด	ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบ ทั้งหมด	แต่งกายพอได้ ญาติช่วยสวม ให้เพราะอาจ ซ้ำ ทำไม่ถูก หรือญาติต้อง คอยสั่งให้ทำ	แต่งกายเองได้ ญาติช่วยเพียง เล็กน้อย	แต่งกายเองได้ ไม่ต้องมีใครช่วย	4		
3	การดื่มน้ำ/ รินน้ำ ด้วยตนเอง	ทำไม่ได้เลย ญาติป้อน/ริน น้ำให้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเอง เกือบไม่ได้ ญาติต้อง เตรียมหลอด ดูดให้/รินให้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเองพอ ได้ แต่อาจหก เลอะเทอะบ้าง ญาติคอยช่วย ระวังอยู่ข้าง ๆ	ญาติช่วยเลื่อน แก้วน้ำมาใกล้ ๆ แล้วคน พิการใช้สอง มือประคองยก แก้วน้ำขึ้นดื่ม/ รินเองได้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเองได้	4		
4	การขับถ่ายปัสสาวะ	ทำเองไม่ได้ ให้ ญาติช่วยหมด หรือใส่สายสวน ปัสสาวะ	ขับถ่าย ปัสสาวะเองได้ แต่ควบคุม ไม่ได้ ส่วนใหญ่ ญาติต้องทำ ความสะอาด ให้เกือบ ทั้งหมด	จัดการ ปัสสาวะและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอะเทอะ ญาติ ต้องคอยช่วย อยู่ข้าง ๆ	จัดการ ปัสสาวะและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่ญาติต้อง ช่วยบ้าง เล็กน้อย	จัดการปัสสาวะ และทำความสะอาด สะอาดเองได้	4		
5	การขับถ่ายอุจจาระ	ทำเองไม่ได้ ให้ ญาติช่วยหมด หรือต้องสวน อุจจาระให้	ขับถ่าย อุจจาระเองได้ แต่ควบคุม ไม่ได้ ส่วนใหญ่ ญาติต้องทำ ความสะอาด ให้เกือบ ทั้งหมด	จัดการ อุจจาระและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอะเทอะ ญาติต้องคอย ช่วยอยู่ข้าง ๆ	จัดการ อุจจาระและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่ญาติต้อง ช่วยบ้าง เล็กน้อย	จัดการอุจจาระ และทำความสะอาด สะอาดเองได้	4		

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
6	<p>(ผู้หญิงกรุณาตอบ ข้อ 6.1) (ผู้ชายกรุณาตอบ ข้อ 6.2)</p> <p>6.1 การดูแลตนเอง เกี่ยวกับเรื่อง ประจำเดือน</p> <p>6.2 การดูแล สุขอนามัยส่วน บุคคล เช่น การโกน หนวด หรือการทำ ความสะอาดจุด ซ่อนเร้น</p>	ทำเองไม่ได้ ญาติ ช่วยดูแลให้ ทั้งหมด	ญาติต้องช่วย ดูแลให้เกือบ ทั้งหมด	ญาติช่วย กำกับในการใส่ ถอด	ดูแลได้ด้วย ตัวเอง ไม่ เลอะเทอะ ญาติช่วยบ้าง เล็กน้อย	ดูแลจัดการได้ ด้วยตัวเอง หรือ ผู้ถูกประเมินเป็น ผู้ชาย หรือ ผู้หญิงที่หมดระดู แล้ว	4		
		4	3	2	1	0			
7	<p>การพลิกตัว จากท่า นอนหงาย ↔ นอนตะแคง</p>	ทำเองไม่ได้ ต้อง ให้ญาติช่วยหมด	พอทำได้ เล็กน้อย แต่ ญาติต้องช่วย ดูแลจัดทำทาง ให้ เกือบ ทั้งหมด	พอทำได้ แต่ ญาติต้องช่วย ดูแลจัดทำทาง ให้ หรือคอย ช่วยอยู่ข้างๆ	พลิกตะแคง ตัวเองได้ โดย ญาติช่วยบ้าง เล็กน้อย	พลิกตะแคงตัว เองได้ ไม่ต้องมี คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
8	<p>การลุกขึ้นมา นั่ง จากท่านอนลุก ขึ้นมา นั่งบนพื้น/ เตียง</p>	ทำเองไม่ได้ ต้อง ให้ญาติช่วยหมด	ญาติต้องช่วย ดึงแขนให้ลุก ขึ้นมา นั่ง และ คอยช่วยอยู่ ข้างๆ	ญาติต้องช่วย ดึงแขนให้ลุก ขึ้นมา นั่ง จากนั้นคน พิการนั่งเองได้	ลุกขึ้นมา นั่ง เองได้ โดย ญาติช่วยบ้าง เล็กน้อย	ลุกขึ้นมา นั่งเอง ได้ ไม่ต้องมี คน ช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
9	<p>การลุกขึ้นมา ยืน จากท่านั่งบนเก้าอี้/ เตียงหรือจากที่หนึ่ง ไปยังอีกที่หนึ่ง</p>	ทำไม่ได้เลย ต้อง ให้ญาติช่วยจับให้ ลุกขึ้น	ลุกขึ้นยืนได้แต่ ต้องมีที่ให้จับ และให้ญาติ ช่วยเป็นอย่าง มาก	ลุกขึ้นยืนได้แต่ ต้องมีที่ให้จับ และให้ญาติ ช่วยเล็กน้อย	ลุกขึ้นยืนได้ เองแต่ต้องมีที่ ให้จับเพื่อจะ ได้พยุงตัวให้ ลุกขึ้นเองได้	ลุกขึ้นยืนได้เอง ไม่ต้องมี คน ช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
10	<p>การเคลื่อนที่บนพื้น ราบ</p>	ทำไม่ได้เลย	เคลื่อนที่ได้ บ้างเล็กน้อย	เคลื่อนที่บน พื้นราบได้ แต่	เคลื่อนที่บน พื้นราบได้ แต่	เคลื่อนที่บนพื้น ราบได้ ไม่ต้องมี			

			แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	ต้องมีคนช่วยบ้างเล็กน้อย	ต้องมีคนคอยดูห่างๆ	คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
11	การเคลื่อนที่ บนพื้นที่ต่างระดับ	ทำไม่ได้เลย	เคลื่อนที่ได้บ้างเล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	เคลื่อนที่ที่ต่างระดับได้ แต่ต้องมีคนช่วยบ้างเล็กน้อย	เคลื่อนที่ที่ต่างระดับได้ แต่ต้องมีคนคอยดูห่างๆ	เคลื่อนที่ที่ต่างระดับได้ ไม่ต้องมี คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			

- 3 -

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		ทำไม่ได้เลย	ทำได้บ้าง แต่ไม่ชัดเจน ต้องอาศัยญาติช่วยอย่างมาก	สามารถฟังและเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเท่านั้น	สื่อสาร/บอกความต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเป็นบางครั้ง	สื่อสาร/บอกความต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเป็นบางครั้ง			
12	การพูด/การสื่อสาร บอกความต้องการ	ทำไม่ได้เลย เนื่องจากมีความพิการมาก	ทำได้บ้าง แต่ไม่ชัดเจน ต้องอาศัยญาติช่วยอย่างมาก	สื่อสาร/บอกความต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเท่านั้น	สื่อสาร/บอกความต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเป็นบางครั้ง	สามารถสื่อสาร/บอกความต้องการได้ปกติ ไม่ต้องมี คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
13	การฟัง/ความเข้าใจ ในการสื่อสารกับผู้อื่น	ทำไม่ได้เลย เนื่องจากมีความพิการมาก	ฟังได้บ้าง แต่ต้องอาศัยญาติช่วยในการทำความเข้าใจ	สามารถฟังและเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเท่านั้น	สามารถฟังและเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเป็นบางครั้ง	สามารถฟังและเข้าใจได้เป็นปกติ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
14	การกินยา/เตรียมยา	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้แต่ต้องให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
15	การเตรียมอาหาร	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้แต่ต้องให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
16	การรับประทานอาหาร	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้แต่ต้องให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
17	การล้างทำความสะอาดภาชนะใส่	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย	ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		

	อาหาร		ช่วยอย่างมาก	บางขั้นตอน	กำกวมดูแลอยู่ ใกล้ ๆ				
		4	3	2	1	0			
18	การซักผ้า/รีดผ้า	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกวมดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
19	การทำความสะอาด ที่พักอาศัย	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกวมดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			

- 4 -

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (n)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		4	3	2	1	0			
20	การออกไปทำ กิจกรรมนอกบ้าน ตามการตัดสินใจ ของตนเอง	ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมี ข้อจำกัดจาก ความพิการ	สามารถทำได้ แต่ต้องขอร้อง หรือทำความ เข้าใจกับญาติ เป็นอย่างมาก	สามารถ ออกไปทำ กิจกรรมนอก บ้านได้ แต่ ต้องให้ญาติ ว่างไปด้วย เท่านั้น	สามารถ ออกไปทำ กิจกรรมนอก บ้านได้ แต่ ต้องมีคนไป ด้วย	สามารถออกไป ทำกิจกรรมนอก บ้านเองได้ โดย ไม่มีข้อจำกัด	4		
		4	3	2	1	0			
21	การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย	ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมี ข้อจำกัดจาก ความพิการ	สามารถทำได้ ชั่วระยะเวลา สั้น ๆ แต่ต้อง มีคนอยู่ใกล้ ๆ ตลอดเวลา	สามารถทำได้ ชั่วระยะเวลา หนึ่ง 1-3 ชั่วโมง แต่ต้อง มีคนอยู่ในบ้าน ด้วย	สามารถอยู่ บ้าน ตาม ลำพังได้ แต่ ต้องให้ญาติ เตรียมของซี จำเป็นให้	สามารถอยู่บ้าน ตามลำพังได้ โดย ไม่มีข้อจำกัด	5		
		4	3	2	1	0			
22	การทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น	ทำร้ายตัวเอง 75 – 100 % เมื่อไม่พอใจ	ทำร้ายตัวเอง 50 – 75 % เมื่อไม่พอใจ	ทำร้ายตัวเอง 25 – 50 % เมื่อไม่พอใจ	ทำร้ายตัวเอง 0 – 25 % เมื่อไม่พอใจ	ไม่ทำร้ายตัวเอง	5		
		4	3	2	1	0			
23	การมีอาการเกร็ง/ ลมชัก	เกร็ง/ชักทุกวัน วันละไม่น้อยกว่า	เกร็ง/ชักทุกวัน	เกร็ง/ชัก สัปดาห์ละ 1	เกร็ง/ชักเดือน ละ 1 ครั้ง	ไม่มีอาการเกร็ง/ ชัก	5		

		2 ครั้ง		ครั้ง					
		4	3	2	1	0			
24	การไม่อยู่นิ่ง	ไม่อยู่นิ่ง ตลอดเวลา	อยู่นิ่งได้นาน 5 นาที	อยู่นิ่งได้นาน 10 นาที	อยู่นิ่งได้นาน 15 นาที	อยู่นิ่งได้นาน 20 นาที	5		
		4	3	2	1	0			
รวมคะแนน (กxข)							100		
							คิดเป็นร้อยละ%	

หมายเหตุ ***การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย หมายถึง

1. การไว้วางใจคนแปลกหน้า (การตัดสินใจไว้วางใจผู้อื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)
2. การหยิบของใส่ปาก
3. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นเปลวไฟลูกไฟไหม้หรือเห็นวัสดุที่ทำให้เกิดเปลวไฟ
4. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นแหล่งน้ำ
5. การปีนป่าย /การไม่อยู่นิ่ง
6. การเล่นของมีคม
7. การขว้างปาข้าวของ

- 5 -

*** เกณฑ์คะแนน

คะแนน = 0	ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ หรือไม่ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ
คะแนน = 1	ช่วยเหลือตัวเองได้มาก มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย ต้องการคนเฝ้าระวัง/กำกับดูแลมากกว่า
คะแนน = 2	ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อยหรือในบางกิจกรรม/บางเวลา
คะแนน = 3	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในการทำกิจกรรมมาก ถึงปานกลาง
คะแนน = 4	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการเป็นอย่างมาก
วิธีการคำนวณ	ผลรวมคะแนนการประเมิน (กxข) X100 400 (คะแนนรวมของคะแนนทั้งหมด)

เกณฑ์ช่วงคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ของคนพิการ ที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยคนพิการ

ผลรวมคะแนน	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน
0 – 25	ช่วยเหลือตนเองได้มาก มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย
26 – 50	ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย หรือในบางกิจกรรม/บางเวลา
51 – 75	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในการทำกิจกรรมมากถึงปานกลาง
76 - 100	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการอย่างมาก

ส่วนที่ 3 ความต้องการใช้บริการผู้ช่วยคนพิการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องความต้องการใช้ผู้ช่วยคนพิการในกิจกรรมที่ท่านต้องการ หากท่านต้องการให้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในกิจกรรมใด กรุณาระบุระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นนาทีต่อครั้ง และจำนวนครั้งที่ต้องการให้ช่วยต่อเดือน

ลำดับ	กิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการใช้ PA		หมายเหตุ	
		ไม่ต้องการ	ต้องการ	เวลา/ครั้ง	กี่ครั้ง/เดือน
1.	อาบน้ำ - เช็ดตัว				
2.	แปรงฟัน - บ้วนปาก				
3.	ล้างหน้า - เช็ดหน้า				
4.	ล้างมือ - เช็ดมือ				
5.	สระผม - เช็ดผม				
6.	หวีผม - ทำผม				

7.	โกนหนวด				
8.	ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ				
9.	ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ				
10.	ทำความสะอาดหลังขับถ่าย				
11.	สวมใส่ – ถอดเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป				
12.	ใส่เสื้อ				
13.	ใส่กางเกง/กระโปรง				
14.	ใส่ถุงเท้า				
15.	ใส่รองเท้า				
16.	ถอดเสื้อ				
17.	ถอดกางเกง/กระโปรง				
18.	ถอดถุงเท้า				
19.	ถอดรองเท้า				
20.	การถอดใส่กายอุปกรณ์ – เครื่องช่วยความพิการ				
21.	การจัดท่าทางในการนอน				
22.	การพลิกตะแคงตัว				
23.	การลุกขึ้นนั่ง				
24.	การลุกขึ้นยืน				
25.	การขึ้น-ลงบันได				
26.	การหยิบจับสิ่งของใช้ส่วนตัว				
27.	การทำความสะอาดที่פקอาศัย				
28.	การซักผ้า				
29.	การรีดผ้า				
30.	การจัดเตรียมอาหาร – น้ำดื่ม				
31.	การอุ่น – จัดเก็บอาหาร				
32.	การล้างทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร				

-2-

ลำดับ	กิจกรรมที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการใช้ PA	หมายเหตุ	ลำดับ	กิจกรรมที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม
1.	ดื่มน้ำ / รินน้ำ				
2.	รับประทานอาหาร				
3.	รับประทานยา				
4.	ช่วยสื่อสาร/บอกความต้องการ				
5.	ช่วยอยู่เป็นเพื่อนในบางเวลา				
6.	ช่วยพากลับบ้านในเวลาที่ญาติไม่อยู่				
7.	ช่วยพาออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้าน				
8.	ช่วยพาไปพบแพทย์ตามนัด				
9.	ช่วยพาไปเรียนหนังสือ/ไปสอบ				

10.	ช่วยพาไปติดต่อนัดหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ				
11.	ช่วยพาไปร่วมกิจกรรมในชุมชน/ท้องถิ่น				
12.ฯลฯ....				

ลงชื่อคนพิการ/ ผู้ดูแลคนพิการ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

รายงานการสอบสภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง ตามคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ

สภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
หมายเหตุ แหนบภาพประกอบ (ถ้ามี)

ความเห็นเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....