

ด่วนที่สุด

ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๐๓/๐.๒๒๐๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถนนศรีสะเกษ กันทรลักษณ์ ศก ๓๓๐๐๐

๑ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจสถานการณ์คนพิการชาชาติที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
ของคนพิการชาชาติในประเทศไทย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจสถานการณ์ฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับแจ้งจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐบาลมีนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนพิการชาชาติเพื่อให้คนพิการชาชาติได้รับอุปกรณ์ที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านคนพิการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชี้วัด “คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ชาชาติ) ได้รับบริการครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐” กรมการแพทย์ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาระบบลงทะเบียนบุคคลพิการชาชาติ โดยใช้ฐานข้อมูลคนพิการภายใต้ข้อมูลของ สป.สช. ด้วยระบบออนไลน์เข้าไปที่เว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ระบบลงทะเบียนบุคคลพิการชาชาติ” เพื่อเป็นฐานข้อมูล กลางในการลงทะเบียนผ่านระบบสารสนเทศ

ในการนี้ จึงขอความร่วมมือท่านดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการชาชาติ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตามแบบสำรวจฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.ssko.moph.go.th กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ) เพื่อที่จะบันทึกข้อมูลลงในระบบดังกล่าว เมื่อระบบมีความพร้อมในการใช้งาน และขอให้สำเนาแบบสำรวจดังกล่าวส่งไปยังกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพภายใน เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายประวี อ้าพันธ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐-๖

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑๐๔๒

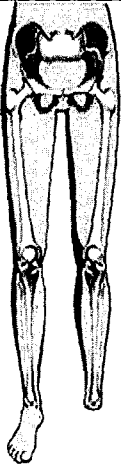
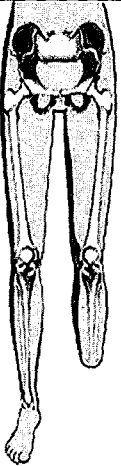
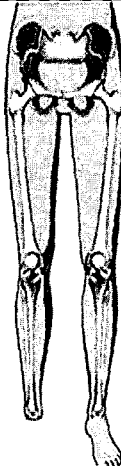
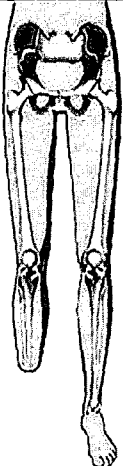
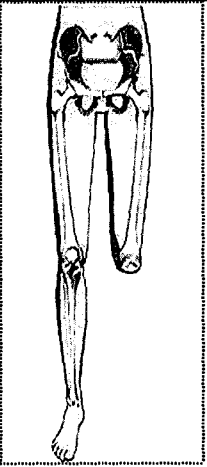
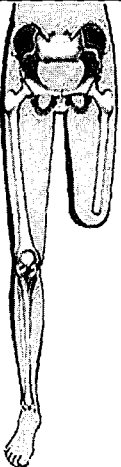

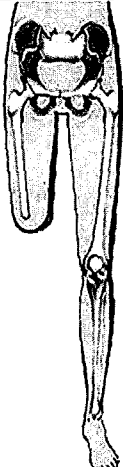

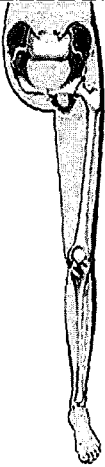


แบบสำรวจสถานการณ์ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการของคนพิการขาขาดในประเทศไทย



1. ข้อมูลโรงพยาบาล	สำหรับเจ้าหน้าที่
1.1 ชื่อหน่วยงาน/รพ.สต	H_NAME
1.2 ที่อยู่/เลขที่ หมู่ที่	HID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ตำบล	H_ADD
1.3 อำเภอ	H_TAMBON
1.4 จังหวัด	H_PROV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	H_AMP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
โทรศัพท์	H_TEL
1.5 วัน เดือน ปีที่สำรวจ	SDATE <input type="text"/> <input type="text"/>
วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปีพ.ศ. 2556	SMONTH <input type="text"/> <input type="text"/>
	SYEAR <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6
1.6 ชื่อผู้สำรวจ/ให้ข้อมูลผู้พิการขาขาด	SURVEYOR
ชื่อตำแหน่งของผู้สำรวจ/ให้ข้อมูล	POSITION
2. ข้อมูลคนพิการขาขาด	
2.1 ชื่อ	S_NAME
นามสกุล	SURNAME
2.2 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล	S_ADD
2.3 อำเภอ	S_PROV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4 จังหวัด	S_AMP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
เบอร์โทรศัพท์ หรือมือถือ	S_TEL
2.5 เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง	GENDER <input type="text"/>
2.6 สัญชาติ <input type="checkbox"/> 1.ไทย <input type="checkbox"/> 2.คนต่างด้าว <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ	NATION <input type="text"/>
2.7 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	IDNUM
<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	
28 วัน เดือน ปีเกิด	BDATE <input type="text"/> <input type="text"/>
วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปีพ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	BMONTH <input type="text"/> <input type="text"/>
ปัจจุบันอายุ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	BYEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	AGE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.9 โรคประจำตัว	COMORBID <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี ระบุ	LABEL_CO

<p>2.11 สาเหตุที่ถูกตัดขา</p> <p><input type="checkbox"/> 1.อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 2.เบาหวาน <input type="checkbox"/> 3.มะเร็ง <input type="checkbox"/> 4.พิการแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> 5.อื่นๆ ระบุ</p> <p>2.12 ถูกตัดขามาตั้งแต่เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>หรือเป็นมานาน กี่ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี กี่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน</p>	<p>CAUSED <input type="checkbox"/></p> <p>LABEL_C</p> <p>AMP_LONG</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>3. การใช้งานขาเทียม อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและการต้องการความช่วยเหลือ</p>	
<p>3.1 ปัจจุบันท่านมีขาเทียมหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี</p> <p>3.2 การใช้งานขาเทียมและสภาพการใช้งานในปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ยังใช้อยู่ สภาพการใช้งาน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ชำรุด และใช้มานาน <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 2.เคยใช้ แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้แล้วเนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> 3.ไม่เคยใช้เลย เนื่องจาก</p> <p>3.3 ปัจจุบันท่านเดินได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ใส่ขาเทียม <input type="checkbox"/> 2.นั่งรถเข็น <input type="checkbox"/> 3.นั่งรถโยก</p> <p><input type="checkbox"/> 4.ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า วอล์คเกอร์ เป็นต้น</p> <p>3.4 หน่วยบริการขาเทียมที่ท่านสะดวกเข้ารับบริการคือที่ใด</p> <p>3.5 ในความเจ็บป่วย/ข้อจำกัด จากความพิการขาขาดนี้ ท่านต้องการสิ่งใดเพิ่มเติมหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> 2.ต้องการ ระบุ</p>	<p>ARTIFIC <input type="checkbox"/></p> <p>UTILIZE <input type="checkbox"/></p> <p>U_STATUS <input type="checkbox"/></p> <p>U_LONG</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>W_ARTIFIC <input type="checkbox"/></p> <p>W_WC <input type="checkbox"/></p> <p>W_CYCLE <input type="checkbox"/></p> <p>W_AID <input type="checkbox"/></p> <p>ACCESS</p> <p>NEED <input type="checkbox"/></p> <p>LABEL_N</p>
<p>4. อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ เช่น ขาเทียม รถนั่งคนพิการ หรืออื่นๆ ที่คนพิการรายนี้ได้รับ/ใช้ใน ปัจจุบัน มีความเหมาะสมกับความพิการที่เป็นอยู่ในเกณฑ์ใด</p> <p><input type="checkbox"/> ผ่าน (คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมแล้ว/ยังสามารถใช้งานได้ดี/ไม่ชำรุด)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน</p> <p><input type="checkbox"/> คนพิการไม่มี/ยังไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการมาก่อน</p> <p><input type="checkbox"/> มีอุปกรณ์ แต่ชำรุด/ไม่สามารถใช้งานได้</p>	<p>PROVIDE <input type="checkbox"/></p>

2.10 ความพิการขาขาดและระดับที่ถูกต้อง				สำหรับเจ้าหน้าที่
ขาข้างซ้าย		ขาข้างขวา		
<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ขาขาดระดับใดตามรูป		<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ขาขาดระดับใดตามรูป		L_AMP <input type="checkbox"/> R_AMP <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> เท้าบางส่วน/ข้อเท้า	 <input type="checkbox"/> ใต้เข่า	 <input type="checkbox"/> เท้าบางส่วน/ข้อเท้า	 <input type="checkbox"/> ใต้เข่า	L_ANKLE <input type="checkbox"/> L_BK <input type="checkbox"/> R_ANKLE <input type="checkbox"/> R_BK <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> ข้อเข่า	 <input type="checkbox"/> เหนือเข่า	 <input type="checkbox"/> ข้อเข่า	 <input type="checkbox"/> เหนือเข่า	L_KNEE <input type="checkbox"/> L_AK <input type="checkbox"/> R_KNEE <input type="checkbox"/> R_AK <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> สะโพก/เชิงกราน	 <input type="checkbox"/> สะโพก/เชิงกราน			L_HIP <input type="checkbox"/> R_HIP <input type="checkbox"/>



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 14257
 29 พ.ย. 2556
 12.07

ที่ สธ ๐๓๐๘/๒๑๕๗

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจสถานการณ์คนพิการขาขาดที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
 ของคนพิการขาขาดในประเทศไทย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจสถานการณ์ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. รายชื่อทีมสนับสนุนงานเขตบริการฯ จำนวน ๑ แผ่น

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนพิการขาขาดเพื่อให้
 คนพิการขาขาดได้รับอุปกรณ์ที่เหมาะสม จึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านคนพิการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน
 ผ่านตัวชี้วัด “คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐ ใน ๓ ปี” กรมการแพทย์
 โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
 แห่งชาติ (สปสช.) และสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการ
 พัฒนาระบบลงทะเบียนบุคคลพิการขาขาดขึ้น เพื่อเป็นฐานข้อมูลกลางในการลงทะเบียนผ่านระบบ
 สารสนเทศ นั้น

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน กรมการแพทย์ จึงขอความร่วมมือท่านโปรด
 สำรวจสถานการณ์คนพิการขาขาดที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของคนพิการขาขาดในประเทศไทย
 ภายในจังหวัดของท่าน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) โดยใช้ฐานข้อมูลคนพิการภายใต้ข้อมูลของ สปสช. ด้วย
 ระบบออนไลน์เข้าไปที่เว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ระบบลงทะเบียนบุคคลพิการ
 ขาขาด” หากมีข้อสงสัยสอบถามเพิ่มเติมได้ตามรายชื่อทีมสนับสนุนงานฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ทั้งนี้เพื่อ
 รวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ และจัดทำฐานข้อมูลในการจัดบริการที่เหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือ
 มา ณ โอกาสนี้

เรียน นพ. สจ. ตก.

ขอแสดงความนับถือ

กรมการแพทย์ ขอติดตามร่วมมือ

ผู้อำนวยการกองเวชกรรมฟื้นฟู กรมการแพทย์

(นายภาสกร ชัยวานิชศิริ)

ที่ได้รับ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

โดยส่งรูปแบบลงทะเบียนบุคคลพิการขาขาด

อธิบดีกรมการแพทย์

๑๐/๑๑๒๐๖ สป. สจ.

กลุ่มงานส่งเสริมฯ จ: ๒๕๓๖
 ผู้รับผิดชอบงาน สนับสนุนต่อไป

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จิวัดหน้าเพื่อไม่ตติงการ

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๔

(นายประวิ อัมพันธ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 ๒๓/๑๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
รับที่ 14257
วันที่ 29 มิ.ย. 2556
เวลา 15.07



ที่ สธ ๐๓๐๘/๒๑๕๗

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจสถานการณ์คนพิการชาชาติที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
ของคนพิการชาชาติในประเทศไทย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจสถานการณ์ ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. รายชื่อทีมสนับสนุนงานเขตบริการ ฯ จำนวน ๑ แผ่น

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนพิการชาชาติเพื่อให้
คนพิการชาชาติได้รับอุปกรณ์ที่เหมาะสม จึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านคนพิการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน
ผ่านตัวชี้วัด “คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐ ใน ๓ ปี” กรมการแพทย์
โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ (สปสช.) และสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการ
พัฒนาระบบลงทะเบียนบุคคลพิการชาชาติขึ้น เพื่อเป็นฐานข้อมูลกลางในการลงทะเบียนผ่านระบบ
สารสนเทศ นั้น

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน กรมการแพทย์ จึงขอความร่วมมือท่านโปรด
สำรวจสถานการณ์คนพิการชาชาติที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของคนพิการชาชาติในประเทศไทย
ภายในจังหวัดของท่าน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) โดยใช้ฐานข้อมูลคนพิการภายใต้ข้อมูลของ สปสช. ด้วย
ระบบออนไลน์เข้าไปที่เว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ระบบลงทะเบียนบุคคลพิการ
ชาชาติ” หากมีข้อสงสัยสอบถามเพิ่มเติมได้ตามรายชื่อทีมสนับสนุนงาน ฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ทั้งนี้เพื่อ
รวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ และจัดทำฐานข้อมูลในการจัดบริการที่เหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือ
มา ณ โอกาสนี้

เรียน นพ. สสจ. ตก.

ขอแสดงความนับถือ

กรมการแพทย์ ขอติดตามร่วมมือ

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพคนพิการชาชาติ

(นายภาสกร ชัยวานิชศิริ)

ที่ได้รับ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

โดยระบบลงทะเบียนบุคคลพิการชาชาติ

อธิบดีกรมการแพทย์

๑๕/๑๑๕๖๖ สป. สธ.

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ จ: ๑๕๓๐๖/๒๑

ผู้รับผิดชอบงาน สนับสนุนต่อไป

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

จังหวัดนนทบุรี โทร ๐๒-๕๓๕๕๕๕ ต่อ ๖๗๓๔

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๖๗๓๔

(นายประวิ อ่ำพันธุ์)

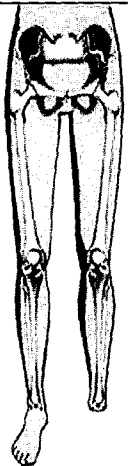
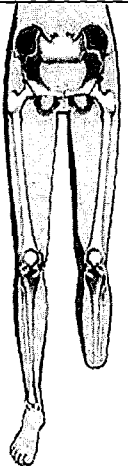
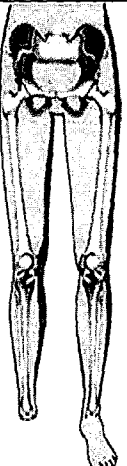
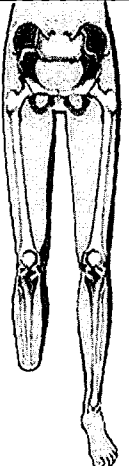
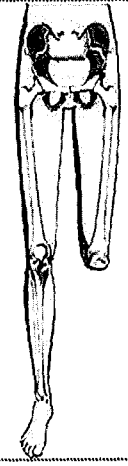
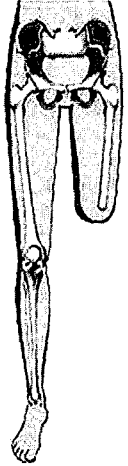
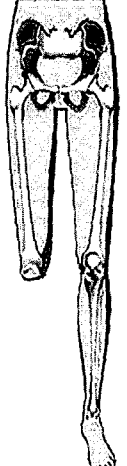
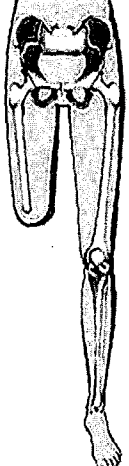


นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
๑๓ มิ.ย. ๕๖



แบบสำรวจสถานการณ์ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการของคนพิการขาขาดในประเทศไทย



1. ข้อมูลโรงพยาบาล	สำหรับเจ้าหน้าที่
1.1 ชื่อหน่วยงาน/รพ.สต	H_NAME
1.2 ที่อยู่/เลขที่ หมู่ที่	HID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ตำบล	H_ADD
1.3 อำเภอ	H_TAMBON
1.4 จังหวัด	H_PROV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	H_AMP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
โทรศัพท์	H_TEL
1.5 วัน เดือน ปีที่สำรวจ	SDATE <input type="text"/> <input type="text"/>
วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปีพ.ศ. 2556	SMONTH <input type="text"/> <input type="text"/>
	SYEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2 5 5 6
1.6 ชื่อผู้สำรวจ/ให้ข้อมูลผู้พิการขาขาด	SURVEYOR
ชื่อตำแหน่งของผู้สำรวจ/ให้ข้อมูล	POSITION
2. ข้อมูลคนพิการขาขาด	
2.1 ชื่อ	S_NAME
นามสกุล	SURNAME
2.2 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล	S_ADD
2.3 อำเภอ	S_PROV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4 จังหวัด	S_AMP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
เบอร์โทรศัพท์ หรือมือถือ	S_TEL
2.5 เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง	GENDER <input type="text"/>
2.6 สัญชาติ <input type="checkbox"/> 1.ไทย <input type="checkbox"/> 2.คนต่างด้าว <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ	NATION <input type="text"/>
2.7 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	IDNUM
<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	
28 วัน เดือน ปีเกิด	BDATE <input type="text"/> <input type="text"/>
วันที่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปีพ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	BMONTH <input type="text"/> <input type="text"/>
	BYEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ปัจจุบันอายุ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.9 โรคประจำตัว	COMORBID <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี ระบุ	LABEL_CO

2.10 ความพิการขาขาดและระดับที่ถูกต้อง				สำหรับเจ้าหน้าที่	
ขาข้างซ้าย		ขาข้างขวา		L_AMP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ขาขาดระดับใดตามรูป		<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ขาขาดระดับใดตามรูป		R_AMP	<input type="checkbox"/>
				L_ANKLE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> เท้าบางส่วน/ข้อเท้า	<input type="checkbox"/> ใต้เข่า	<input type="checkbox"/> เท้าบางส่วน/ข้อเท้า	<input type="checkbox"/> ใต้เข่า	L_BK	<input type="checkbox"/>
				R_ANKLE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ข้อเข่า	<input type="checkbox"/> เนื้อเข่า	<input type="checkbox"/> ข้อเข่า	<input type="checkbox"/> เนื้อเข่า	R_BK	<input type="checkbox"/>
				L_HIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> สะโพก/เชิงกราน	<input type="checkbox"/> สะโพก/เชิงกราน			R_HIP	<input type="checkbox"/>

<p>2.11 สาเหตุที่ถูกตัดขา</p> <p><input type="checkbox"/> 1.อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 2.เบาหวาน <input type="checkbox"/> 3.มะเร็ง <input type="checkbox"/> 4.พิการแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> 5.อื่นๆ ระบุ</p> <p>2.12 ถูกตัดขาตั้งแต่เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> ปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>หรือเป็นมานาน กี่ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี กี่ <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน</p>	<p>CAUSED <input type="checkbox"/></p> <p>LABEL_C</p> <p>AMP_LONG</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>3. การใช้งานขาเทียม อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและการต้องการความช่วยเหลือ</p>	
<p>3.1 ปัจจุบันท่านมีขาเทียมหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี</p> <p>3.2 การใช้งานขาเทียมและสภาพการใช้งานในปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ยังใช้อยู่ สภาพการใช้งาน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ชำรุด และใช้นาน <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 2.เคยใช้ แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้แล้วเนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> 3.ไม่เคยใช้เลย เนื่องจาก</p> <p>3.3 ปัจจุบันท่านเดินได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ใส่ขาเทียม <input type="checkbox"/> 2.นั่งรถเข็น <input type="checkbox"/> 3.นั่งรถโยก</p> <p><input type="checkbox"/> 4.ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า วอล์คเกอร์ เป็นต้น</p> <p>3.4 หน่วยบริการขาเทียมที่ท่านสะดวกเข้ารับบริการคือที่ใด</p> <p>3.5 ในความเจ็บป่วย/ข้อจำกัด จากความพิการขาขาดนี้ ท่านต้องการสิ่งใดเพิ่มเติมหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> 2.ต้องการ ระบุ</p>	<p>ARTIFIC <input type="checkbox"/></p> <p>UTILIZE <input type="checkbox"/></p> <p>U_STATUS <input type="checkbox"/></p> <p>U_LONG</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>W_ARTIFIC <input type="checkbox"/></p> <p>W_WC <input type="checkbox"/></p> <p>W_CYCLE <input type="checkbox"/></p> <p>W_AID <input type="checkbox"/></p> <p>ACCESS</p> <p>NEED <input type="checkbox"/></p> <p>LABEL_N</p>
<p>4. อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ เช่น ขาเทียม รถนั่งคนพิการ หรืออื่นๆ ที่คนพิการรายนี้ได้รับ/ใช้ใน ปัจจุบัน มีความเหมาะสมกับความพิการที่เป็นอยู่ในเกณฑ์ใด</p> <p><input type="checkbox"/> ผ่าน (คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมแล้ว/ยังสามารถใช้งานได้ดี/ไม่ชำรุด)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน</p> <p><input type="checkbox"/> คนพิการไม่มี/ยังไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการมาก่อน</p> <p><input type="checkbox"/> มีอุปกรณ์ แต่ชำรุด/ไม่สามารถใช้งานได้</p>	<p>PROVIDE <input type="checkbox"/></p>

รายชื่อทีมสนับสนุนงานเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เครือข่ายบริการ
ตามประเด็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กรมการแพทย์รับผิดชอบ ปีงบประมาณ 2557

ชื่อตัวชี้วัด: คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	เบอร์โทรศัพท์	มือถือ	อีเมล	เขตบ
1.นางดารณี สุวพันธ์	ผู้อำนวยการ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6715	081-8032326	daraneen@yahoo.com	เขต 6
2.นางศุภิณี ใสสันดา	นักวิชาการสาธารณสุข	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6839	081-8136310	suleepun@gmail.com	เขต 13 (กรุงเทพฯ)
3.นายปิยวิทย์ ศรีชมรมธา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6728	081-6119400	piyavitsor@gmail.com	เขต 1
4.นางสาวศิริณี แก้วศวาง	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6808	081-3411501	hisarinee@hotmail.com	เขต 11
5.นายอภัยชัย จันทร์สอาด	นักกายอุปกรณ์ปฏิบัติการ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6770	086-0301065	npc2545@hotmail.com	เขต 2 / 4
6.นายฤชา ชันเขตช	นักกายอุปกรณ์	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6773	082-2252925	Khawtu001@hotmail.com	เขต 5
7.นางสาวจุฬารัตน์ ภูมटना	นักกายอุปกรณ์ปฏิบัติการ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6773	085-3540254	juon_5@hotmail.com	เขต 3
8.นายชัชฌา เจียมแปลม	นักกายอุปกรณ์	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6773	084-3430192	Vanderwoodsenserena25@gmail.com	เขต 7
9.นางวรางว ว่องเอกลักษณ์	นักกายอุปกรณ์ปฏิบัติการ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6774	080-1181380	wowwaeew9@gmail.com	เขต 8
10.นายศุภา สิตกรโกวิท	ช่างกายอุปกรณ์ชำนาญงาน	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6775	082-8833285	Dechanoi@gmail.com	เขต 9
11.นายบุญเกิด สุวไชย	ช่างกายอุปกรณ์ชำนาญงาน	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6771	081-3343574	Boonkerd_bg@hotmail.com	เขต 10
12.นางสาวฉวีวรรณ สุทธิสนธิ	นักกายอุปกรณ์ปฏิบัติการ	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ	02-591-5455 ต่อ 6771	087-6742629	nat_suthison@hotmail.com	เขต 12