เขียนที่. ................................................... ถนน...................... ตำบล........................ อำเภอ................ จังหวัดสุรินทร์ 32000

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

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ซ่อมแซมกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ...............................................................................

2. ...............................................................................

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).........................................นามสกุล................................อายุ.........ปี

บ้าน..........................เลขที่............หมู่.........ถนน...................... ตำบล................ อำเภอ....................จังหวัดสุรินทร์

รหัสไปรษณีย์...................หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ มือถือ...........................โทรศัพท์บ้าน...................................

ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ..........................................................................มีสภาพชำรุด ลักษณะอาการคือ...........................................................................จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ศูนย์สาธิต/ยืม/ ผลิต/ซ่อมแซม/ดัดแปลงชิ้นส่วนอุปกรณ์ด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจังหวัดสุรินทร์ ในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการ ดังนี้

1. ซ่อมแซม.......................................................................จำนวน.............................
2. ผลิต ........................................................................จำนวน.............................

รายละเอียดปรากฏข้อมูลอยู่ในใบรับซ่อม/อุปกรณ์ของศูนย์สาธิต/ยืม/ผลิต/ซ่อมแซม/ดัดแปลงชิ้นส่วนอุปกรณ์ด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจังหวัดสุรินทร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

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

(..............................................)

**หมายเหตุ** : พร้อมนี้ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/ . เพื่อประกอบเอกสารหลักฐาน

**ใบรับซ่อมอุปกรณ์**

**ศูนย์****สาธิต/ยืม/ผลิต/ซ่อมแซม/ดัดแปลงชิ้นส่วนอุปกรณ์ด้านการแพทย์**

**และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจังหวัดสุรินทร์**

ส่งซ่อมทั่วไป ซ่อมเพื่อมอบ ซ่อมเพื่อให้ยืม เลขที่................................

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

ศูนย์สาธิต/ยืม/ผลิต/ซ่อมแซม/ดัดแปลงชิ้นส่วนอุปกรณ์ด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

จังหวัดสุรินทร์ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ (สนง.ตั้งอยู่ วิทยาลัยเทคนิคสุรินทร์)

ผู้รับบริการ นาย/นาง/นางสาว.........................................................................................................อายุ...............ปี

ที่อยู่..........................................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์............................................................................................................................................................

**รายละเอียดอุปกรณ์ที่นำมาซ่อม**

ประเภท..................................................................................ยี่ห้อ............................................................................

อาการที่รับแจ้ง

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

สภาพ/อุปกรณ์อื่นๆ

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

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

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

(................................................)

ผู้รับคำร้อง

**การประเมินการซ่อมเบื้องต้น**

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

วันนัดหมายรับกายอุปกรณ์...............................................................หมายเหตุ........................................................

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

(.................................................) (..............................................) (..................................................)

ผู้ซ่อม ผู้ประเมินการซ่อมเบื้องต้น ช่างผู้รับซ่อม

**แบบประเมินความพึงพอใจด้านบริการของศูนย์สาธิต/ยืม/ผลิต/ซ่อมแซม/**

ผู้รับบริการ

**ดัดแปลงชิ้นส่วนอุปกรณ์ด้านการแพทย์**

**และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจังหวัดสุรินทร์**

**กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป** (ให้ทำเครื่องหมายเลือกหัวข้อที่เป็นข้อมูลของผู้ตอบแบบประเมิน)

**1. เพศ**  (1) ชาย (2) หญิง

**2. อายุ** (1) ต่ำกว่า 20 ปี (2) 20-30 ปี (3) 31-40 ปี

(4) 41- 50 ปี (5) 51 -60 ปี (6) มากกว่า 60 ปี

**3. การศึกษา** (1) ต่ำกว่าหรือไม่ได้เรียน (2) ประถมศึกษา (3) มัธยมศึกษาตอนต้น

(4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./หรือเทียบเท่า (5) ปวส./ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

**4. อาชีพหลัก** (1) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (2) ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท (3) ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ

(4) ค้าขาย/อาชีพอิสระ (5) นักเรียน/นักศึกษา (6) รับจ้างทั่วไป

(7) แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ (8) เกษตรกร /ประมง (9) ว่างงาน (10) อื่นๆ (ระบุ)

**5. ผู้ขอรับบริการ** (1) คนพิการ (2) ผู้ดูแลคนพิการ (3) อื่นๆ....................................

**6. กระบวนการให้บริการ**

(1) การซ่อมแซม/ ปรับปรุง (2) การผลิตฯ.................................................................................

**ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามแสดงระดับความพึงพอใจต่อ ด้านบริการของศูนย์สาธิต/ยืม/ผลิต/ซ่อมแซม/ดัดแปลง**

**ชิ้นส่วนอุปกรณ์ด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจังหวัดสุรินทร์**

(ทำเครื่องหมาย √ ตามความคิดเห็นของท่าน) 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ขั้นตอนและการให้บริการ** | **ระดับความพึงพอใจ** | | | | |
| **มากที่สุด** | **มาก** | **ปานกลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1 | เจ้าหน้าที่มีการต้อนรับทักทายยิ้มแย้ม แจ่มใส ท่านพึงพอใจในระดับใด |  |  |  |  |  |
| 2 | เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ สาธิต ช่วยเหลือ ก่อนนำกลับไปใช้ที่บ้าน ท่านพึงพอใจในระดับใด |  |  |  |  |  |
| 3 | การแจ้งระยะเวลาการผลิต/การซ่อม/ปรับปรุง เครื่องช่วยฯ/กายอุปกรณ์ เสร็จเรียบร้อย (พร้อมใช้งาน) ท่านพึงพอใจในระดับใด |  |  |  |  |  |
| 4 | วัสดุ อุปกรณ์ในการผลิต/การซ่อม/ปรับปรุง มีความพร้อมและทันสมัย ท่านพึงพอใจในระดับใด |  |  |  |  |  |
| 5 | สถานที่ให้บริการ และสภาพแวดล้อมพื้นที่บริการ เครื่องอำนวยความสะดวกมีความปลอดภัย เช่น ทางลาด ราวจับ โต๊ะเก้าอี้ ของศูนย์ฯ ท่านพึงพอใจในระดับใด |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 3 : ข้อเสนอแนะอื่นๆ**

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

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

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

**องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์**  ลำดับที่.................

**กองสาธารณสุข**

**แบบฟอร์มสำรวจความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ**

**ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์**

**ประจำปี .......................**

**โทรศัพท์/โทรสาร. 0-4451-1599 /0-4406-0450**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| วันที่ยื่นเอกสาร........................................................  ชื่อ...........................................................................สกุล.........................................................................................  ที่อยู่........................................................................................................................................................................  วัน/เดือน/ปี เกิด..........................................................................อายุ..........................ปี เพศ ชาย หญิง  ส่วนสูง...........................................เซนติเมตร น้ำหนัก.......................................กิโลกรัม  โทรศัพท์ติดต่อ (บ้าน หรือมือถือ)...........................................................................................................................  ลงชื่อผู้ขอ/ลายนิ้วมือ.............................................................................................  (...................................................................................................) | | | | เฉพาะแพทย์ หรือPT หรือ OT  ผ่านการตรวจประเมินแล้ว โดย  แพทย์ชื่อ................................................................  PT ชื่อ....................................................................  OT ชื่อ...................................................................  สังกัด หน่วยงานใด  ...............................................................................  ............................................ประดับตราหน่วยงาน  ลงชื่อ......................................................................  (.............................................................................) |
| อุปกรณ์ที่ต้องการ ไม้เท้า (Cane) รถสามล้อโยก (Rocking the car) รถเข็น (Wheelchair) ไม้ค้ำยัน (Crutches)  เคยได้รับความช่วยเหลือ...........................................................................................................จากหน่วยงาน.............................................................................................  เหตุผลความจำเป็น.............................................................................................ท่านป่วยเป็นโรค/มีความผิดปกติ.......................................................................................  เป็นมานาน....................ปี..................เดือน แพทย์ที่ดูแล มี ไม่มี ถ้ามีชื่อ....................................................................สังกัด.......................................................  โปรดวงกลมเลือกแขน ขา ที่ขาดหรือเป็นอัมพาล แขนขวา แขนซ้าย ขาขวา ขาซ้าย  ท่านเคลื่อนย้ายตัวเอง ได้ ไม่ได้ ท่านต้องการใช้อุปกรณ์ที่ขอมาเป็นเวลา.......................................................เดือน..................................................................ปี  ท่านทราบการขอรับความช่วยเหลือจากโครงการได้อย่างไร..........................................................................................................................................................................  ท่านสามารถประกอบอาชีพ ได้ ไม่ได้ ถ้าได้ท่านทำอะไร.....................................................................ที่ไหน...............................................................................  การขึ้นทะเบียนคนพิการ ยังไม่ได้ขึ้น ขึ้นทะเบียนหมายเลข....................................................................................................................................................................  ความพิการประเภท....................................................................................................................ระดับความรุนแรง...................................................................................... | | | | |
| การวัดตัวในท่านั่งสำหรับผู้ขอรถเข็น | | | | |
| รถเข็นผู้ป่วยราคาประหยัด รถเข็นปรับนอน รถวีลแชร์พับได้ | | A : ความกว้างของที่นั่ง.......................................................................นิ้ว  B : ความลึกของที่นั่ง...........................................................................นิ้ว  C : ความยาวจากเข่าถึงเท้า.................................................................นิ้ว  หมายเหตุ  1. การวัด A คือ ความกว้างระหว่าสะโพกสองข้างง  B คือ ความยาวตั้งแต่หัวเข่าถึงก้นกบ  D คือ ความยาวตั้งแต่หัวเข่าถึงปลายเท้า  2. คนพิการควรแต่งกายและใส่รองเท้าตามปกติ  3. ใช้สายวัดตัวเท่านั้นและไม่วัดตัวเก้าอี้นั่ง | | |
| รูปถ่ายเต็มตัวขนาด 4 x 6 นิ้ว  ก่อนรับรถเข็น  (ปริ้นใส่กระดาษ A4) | **ส่งแบบฟอร์มได้ที่**  นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์  ที่อยู่ องค์การบริหารส่วนจังงหวัดสุรินทร์  ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง  อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์  รหัสไปรษณีย์ไทย 32000 | | เฉพาะกรรมการ RICD Wheelchatr Project  - ได้รับอุปกรณ์เรียบร้อยแล้วคือ...................................  .....................................................................................  - ผู้รับอุปกรณ์อนุญาตให้ถ่ายรูปและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการได้  ลงชื่อผู้รับ...................................................................  (.................................................................)  ลงชื่อผู้ให้....................................................................  (................................................................)  วันที่ได้รับ.................................................................... | |

-2-

**ข้อมูลระดับความสามารถเกี่ยวกับกิจวัครประจำวัน และสภาพบ้าน**

**1. ระดับความสามารถเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน**

**๑.1 ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตนเอง**

- ความสามารถพลิกตัวไปมา ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- ความสามารถลุกขึ้นนั่งเอง ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปเก้าอี้/ล้อเข็น ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปเก้าอี้/ล้อเข็นไปเตียง ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

**๑.๒ ความสามารถในการเคลื่อนย้ายไปยังที่อื่น**

- เดิน/รถเซ็น (ทำเครื่องหมายถูก/เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- อื่นๆ ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

**๑.๓ ความสามารถในการรับประทานอาหาร**

- รับประทานอาหารด้วยช้อน/มือ ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- ดื่มน้ำด้วยแก้ว ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

**๑.๔ ความสามารถในการแต่งตัว**

- สวมและถอดเสื้อ ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- สวมและถอดกางเกง,ผ้าถุง ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- สวมและถอดชุดชั้นใน ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

**๑.๕ ความสามารถในการดูแลสุขภาพส่วนตัว**

- การอาบน้ำและเช็ดตัวเอง ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- การทำความสะอาดหลังขับถ่าย ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- แปรงพัน ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

- แปรงผม/หวีผม ⬜ ไม่ได้ ⬜ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ⬜ ได้เองทั้งหมด

**๒.สภาพบ้านที่อยู่อาศัย**

**๒.๑ สภาพบริเวณบ้าน** ⬜ พื้นเรียบ ⬜ มีคู - คลอง คันนาล้อมรอบ ⬜ อื่นๆ....................

**๒.๒ ลักษณะบ้าน** มี .......... ชั้น ขั้นบันได .......... ขั้น ราวบันได ⬜ ซ้าย ⬜ ขวา

**๒.๓ ลักษณะพื้นบ้าน** ⬜ ระดับเดียวกัน ⬜ ต่างระดับ ⬜ พื้นกระดาน

**๒.๔ ทางเข้าติดต่อภายในบ้าน** มีประตูกว้าง........ซม........เมตร

๑. ธรณีประตู ⬜ มี ⬜ ไม่มี

๒. ขั้นบันได ⬜ มี ⬜ มีไม่

**๒.๕ ห้องอาบน้ำ** มีประตูกว้าง........ซม........เมตร

**⬜** ใช้ผักบัว ⬜ ใช้ขันอาบน้ำ ⬜ ใช้อ่างอาบน้ำ

**๒.๖ ห้องส้วม** มีประตูกว้าง........ซม........เมตร

⬜ ชักโครก ⬜ ส้วมหลุม ⬜ ส้วมซึม

**๑. กองสาธารณสุข/องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์**

**ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง**

**จังหวัดสุรินทร์ (320๐๐) โทรศัพท์ 0-๔๔51-1599**

**๒. ศูนย์สาธิต/ยืม/ผลิต/ซ่อมแซม/ดัดแปลงชิ้นส่วน**

**อุปกรณ์ด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วย**

**ความพิการจังหวัดสุรินทร์ ของ อบจ.สุรินทร์**

**โทรศัพท์ 0-๔๔06-0450**