

สถานที่.....

วันที่/...../.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สังกัด.....
ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
ที่อยู่.....
วันที่เริ่มรับการตรวจรักษา.....วันที่แพทย์ลงความเห็นเป็นผู้ไร้ความสามารถ.....
หน่วยงานที่ให้บริการ.....

ประเภทความพิการ	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียด	เป็นมานาน ปี/เดือน	หมายเหตุ
		ปกติ	ผิดปกติ			
1.ทางร่างกายหรือ การเคลื่อนไหว	-ลักษณะทั่วไปของ ร่างกาย					
	-การเคลื่อนไหวมือ หรือแขน					
	-การเคลื่อนไหวขา หรือลำตัว					
	-อาการอื่นๆ					
2.ทางจิตใจหรือ พฤติกรรม	-สภาวะทางจิตใจ หรือ พฤติกรรม					
3.ทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้	-ความสามารถ ทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้					
4.อื่นๆ.....						

- สรุปผลการวินิจฉัยปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน () ไม่มีความพิการตามกฎหมาย () มีความพิการตามกฎหมาย
 การเกิดความพิการ () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง
 ลักษณะของความพิการ.....
 สาเหตุของความพิการ () กรรมพันธุ์ () อุบัติเหตุทางคมนาคม () อุบัติเหตุจากการทำงาน
 () โรคติดเชื้อ () ภาวะเจ็บป่วย ระบุ.....
 () อื่นๆ ระบุ.....
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ () ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อน
 () เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาและ
 ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง
 () กำลังได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่
 () ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แล้ว
- ความคิดเห็นของแพทย์เพิ่มเติม () ส่งต่อประชาสงเคราะห์จังหวัดเพื่อการจดทะเบียนและดำเนินการ
 ต่อไป
 () ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
 () ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย
 () ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูทางการศึกษา
 () มีโอกาสจะหายเป็นปกติ
 () ไม่มีโอกาสที่จะหายเป็นปกติ

ลงชื่อ.....(ประทับตรา)
 (แพทย์ผู้ตรวจและรักษา)

หมายเหตุ ในรายงานนี้มีใช้ข้อมูลที่จะนำไปใช้พิจารณาการจ่ายเงินผลประโยชน์สำหรับประกันภัยของบริษัทประกัน
 ชีวิต แต่เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการจัดผลประโยชน์ทางด้านสวัสดิการขั้นพื้นฐานให้แก่สมาชิกสหกรณ์เครดิต
 ยูเนียนฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการกรอกข้อมูลที่เป็นจริงโดยละเอียดเพื่อประโยชน์แก่ผู้ไร้ความสามารถและ
 ขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้