

# กคแบบสำรวจและคัดกรองสุขภาพคนพิการ เทศบาลนครรังสิต

คำชี้แจง แบบสำรวจนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจและคัดกรองสุขภาพคนพิการ ปีพ.ศ. 2559 เพื่อใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินความพิการโดยใช้รหัส ICF ของ ดร.พญ.ศิรินาถ ดงศิริ โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและดำเนินการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนพิการ (แบบสอบถามมีทั้งหมด 14 หน้า)

ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

## ผู้ให้ข้อมูล

☐ 1. คนพิการ ☐ 2. ผู้ดูแล ☐ 3. คนพิการและผู้ดูแล

## ข้อมูลพื้นฐานคนพิการ

ชื่อ-นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปี  
เกิด

วัน/เดือน/

อายุ

\* ปี

เลขบัตร  
ประชาชน

เลขบัตรประชาชน 13 หลัก

ออกบัตรโดย

\*

วันออกบัตร

\*

วันหมดอายุ

\*

เชื้อชาติ

\*

สัญชาติ

\*

ศาสนา

\*

บัตรประจำตัวคนพิการ

☐

ไม่มี

☐

มี

เลขที่บัตรประจำตัว  
คนพิการ

เลขที่บัตรประจำตัวคนพิ

ออกบัตรโดย

\*

วันออกบัตร

\*

วันหมดอายุ

\*

ประเภท  
ความพิการ

\*

ระดับความ  
พิการ

\*

ที่อยู่ติดต่อ  
ได้ บ้านเลขที่

\*

หมู่

\*

ตำบล

\*

อำเภอ

\*

จังหวัด

\*

รหัส  
ไปรษณีย์

\*

เบอร์  
โทรศัพท์ที่  
ติดต่อได้

\*

ปัจจุบันพัก  
อยู่

☐

ในเขตเทศบาล

☐

นอกเขตเทศบาล