



แบบบันทึกข้อมูลการขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ไปใช้ที่บ้าน
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

๑. ชื่อผู้ขอรับ.....สกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
สิทธิการรักษาพยาบาล โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....

๒. ชื่อผู้ดูแล.....สกุล.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....

๓. หน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้บ้าน (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต).....
อำเภอ.....เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน..... โทรศัพท์.....

๔. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ (ท.๗๔/พมจ.) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate Care
 ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว Long Term Care ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้าย Palliative Care

๕. การวินิจฉัยโรค

โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ
(Traumatic brain injury) โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (COPD CKD HT DM)
 โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก โรคปวดหลังเรื้อรัง โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด
 อื่นๆ โปรดระบุ

๖. อุปกรณ์ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

เครื่องผลิตออกซิเจน: 3 ลิตร 5 ลิตร 8 ลิตร ชุดถังออกซิเจน
 เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา ที่นอนลม

เตียงนอน:

เตียงไม้เตี้ย มีราวกัน เตียงผู้ป่วยชนิด 2 ไก่ เตียงผู้ป่วยชนิด 3 ไก่

อุปกรณ์ช่วยเดิน:

Rollator อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อและมีเบาะนั่ง Posterior wheel walker (อุปกรณ์ช่วยเดินสำหรับเด็ก)
 Walker แบบพับได้ Walker แบบพับไม่ได้ Anterior wheel walker (อุปกรณ์ช่วยเดินสำหรับเด็ก)
 ไม้เท้าสามจุด Tripod cane ไม้เท้าหนึ่งจุด Single cane ไม้ค้ำยันอะลูมิเนียม

อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายตัวเอง:

รถเข็นนั่งแบบมาตรฐาน รถเข็นนั่งแบบปรับเอนนอนได้ รถเข็นนั่งอาบน้ำนั่งถ่ายได้ สามล้อโยก
 รถเข็นนั่งแบบปรับเอนนอน อาบน้ำ และนั่งถ่ายได้ รถเข็นนั่งสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับล่าง
(Paraplegia)

อุปกรณ์ออกกำลังกาย

- ฤงทราย 0.5 Kg. ฤงทราย 1.0 Kg. ฤงทราย 1.5 Kg. ฤงทราย 2.0 Kg. ฤงทราย 2.5 Kg.
- Pulley (รอก) Push up (Triceps board) Quadriceps board

อุปกรณ์อื่นๆ

- จุกยางสวมไม้ค้ำยัน จุกยางสวม walker หรือไม้เท้าสามจุด/หนึ่งจุด
- Bobath sling อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ ระบุข้าง..... Plastic AFOs อุปกรณ์พยุงข้อเท้า ระบุข้าง.....
- บัตรคำเพิ่มศักยภาพทางภาษาและการพูด โต๊ะคร่อมเตียง (Over bed) เก้าอี้นั่งถ่าย

๗. ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน

- 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี ตลอดชีพ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
 (.....) (.....)

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

กองทุน/หน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุน

- กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี
- กองทุนธารน้ำใจ คนสระบุรี ไม่ทอดทิ้งกัน

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสมบัติของกองทุนฯ ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน หากมีการสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบหรือชื้อคืนให้กับกองทุนฯ และให้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ห้ามส่งต่อให้ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต ให้โทรกลับ...แจ้งเจ้าหน้าที่ กองทุนฯ หมายเลข โทรศัพท์ ๐๓๖ - ๒๑๒๑๘๘

กำหนดนัดตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความคิดเห็นของผู้รับรอง (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต)

- เห็นควรได้รับอุปกรณ์
- ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

เอกสารประกอบขอรับสนับสนุนฯ
 ๑. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (ผู้ป่วย+ผู้ดูแล)
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ผู้ป่วย+ผู้ดูแล)
 ๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. รูปถ่ายผู้ป่วย จำนวน ๑ รูป

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

เอกสารสำหรับผู้มารับอุปกรณ์
 สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 *กรุณานำเอกสารมาในวันมารับอุปกรณ์