



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 ไกร ☐ เตียงผู้ป่วยชนิด 3 ไกร

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 ☐ รถเข็นนั่งอาบนํ้า นั่งถ่ายได้ ☐ สามล้อโยก
☐ รถเข็นนั่งแบบปรับเอนนอน อาบนํ้า และนั่งถ่ายได้ ☐ รถเข็นนั่งสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับล่าง
(Paraplegia)

อุปกรณ์ออกกำลังกาย

- ☐ ฤทธาย 0.5 Kg. ☐ ฤทธาย 1.0 Kg. ☐ ฤทธาย 1.5 Kg. ☐ ฤทธาย 2.0 Kg. ☐ ฤทธาย 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...../...../.....

กองทุนฯ/หน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุน

- ☐ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี
☐ กองทุนธารน้ำใจ คนสระบุรี ไม่ทอดทิ้งกัน

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสมบัติของกองทุนฯ ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน
หากมีการสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบหรือชื้อคืนให้กับกองทุนฯ และให้ใช้
สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ห้ามส่งต่อให้ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต
ให้โทรกลับ..แจ้งเจ้าหน้าที่ กองทุนฯ หมายเลข โทรศัพท์ 036-211852

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

เอกสารสำหรับผู้มารับอุปกรณ์

- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
*กรุณานำเอกสารมาในวันมารับอุปกรณ์

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....