



แบบบันทึกข้อมูลการขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ไปใช้ที่บ้าน
กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี

☐ ยืมใหม่ ☐ ยืมทดแทน

1. ชื่อผู้ขอรับ.....สกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

สิทธิการรักษาพยาบาล โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

2. ชื่อผู้ดูแล.....สกุล.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้บ้าน (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต).....

อำเภอ.....เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน..... โทรศัพท์.....

4. กลุ่มเป้าหมาย

☐ คนพิการ (ท.74/พมจ.) ☐ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ☐ ผู้สูงอายุ

☐ ผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate Care ☐ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว Long Term Care

☐ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้าย Palliative Care

5. การวินิจฉัยโรค

☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม

☐ บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic brain injury) ☐ โรคปวดหลังเรื้อรัง

☐ โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (COPD CKD HT DM) ☐ โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก

☐ โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

6. อุปกรณ์ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน

เครื่องผลิตออกซิเจน: ☐ 5 ลิตร ☐ 10 ลิตร

เตียงนอน: ☐ เตียงไม้เตี้ย มีราวกัน ☐ เตียงผู้ป่วยชนิด 3 ไก่

อุปกรณ์ช่วยเดิน:

☐ ไม่เท้าสามจุด Tripod cane ☐ Walker แบบพับได้

☐ ไม่ค้ำยันอลูมิเนียม ☐ Mobile walker ☐ Walker แบบพับไม่ได้

☐ ไม่เท้าหนึ่งจุด Single cane ☐ Rollator อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อและมีเบาะนั่ง

อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายตัวเอง:

- ☐ รถเข็นนั่งแบบมาตรฐาน ☐ รถเข็นนั่งอาบนํ้านั่งถ่ายได้ ☐ รถเข็นนั่งแบบปรับเอนนอนได้
☐ สามล้อโยก

อุปกรณ์อื่นๆ

- ☐ โต๊ะคร่อมเตียง (Over bed) ☐ เก้าอี้นั่งถ่าย ☐ เครื่องดูดเสมหะ ☐ ที่นอนลม

7. ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน 3 เดือน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสมบัติของกองทุนฯ ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน
หากมีการสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบ หรือซื้อคืนให้กับกองทุนฯ
และให้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์

ห้ามส่งต่อให้ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต

กองทุนฯ หมายเลขโทรศัพท์ 036-679-757/036-211852 ต่อ 312 และ 313

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

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

☐ เห็นควรได้รับอุปกรณ์

☐ ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

เอกสารประกอบขอรับสนับสนุน

1. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ (ผู้ป่วย+ผู้ดูแล)
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ (ผู้ป่วย+ผู้ดูแล)
3. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
4. รูปถ่ายผู้ป่วย จำนวน 1 รูป

เอกสารสำหรับผู้มารับอุปกรณ์

สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

** กรุณานำเอกสารมาในวันรับอุปกรณ์

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบประกอบ.....

วันที่...../...../.....

*** ผู้รับรอง คือ แพทย์/พยาบาล/นักกายภาพบำบัด รับรองผู้ป่วยรายนี้ว่ามีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง

(.....)

วันที่...../...../.....