

คำขอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ.....ประเภทความพิการ.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....บาทต่อเดือน/ปี

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๓. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัย

☐ ของตนเอง

☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

☐ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

☐ ฝ้ายบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา

☐ ระเบียง / ชานบ้าน

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๕. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ☐ ที่ดินของตนเอง ☐ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๖. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของบ้าน
หรือ () สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา
() สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ ชื่อ
.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้แก่คน
พิการตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย หลังนี้ตาม
รายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดีข้าพเจ้าและ
บริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวก
สะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่กำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
หลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลัง
นี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆ
ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพัก
อาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการคำซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

คำตอบแทน หมายถึง คำจ้างเหมาในการซ่อมแซมบ้านหรือสถานที่จัดกิจกรรม โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบสำนัก

นายกรัฐมนตรีด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

๗. แนวทางการดำเนินงานการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑. พิจารณาคัดเลือกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชน ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการดำเนินงานการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๒. ประกาศให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามข้อ ๑ เป็นหน่วยบริการในพื้นที่ ตามข้อ ๑๓ ของระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒

๓. ประสานให้หน่วยบริการในพื้นที่ ดำเนินการพิจารณาคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ตามระเบียบฯ และแจ้งผลการพิจารณาคคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ให้จังหวัดพร้อมหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

- หนังสือให้ความยินยอมฯ

จำนวน ๑ ชุด

- แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการฯ

จำนวน ๑ ชุด

- แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

จำนวน ๑ ชุด

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

จำนวน ๑ ชุด

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี)

จำนวน ๑ ชุด

- สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ

จำนวน ๑ ชุด

- ภาพถ่ายสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของคนพิการก่อนและหลัง พร้อมแผ่น CD

จำนวน ๑ ชุด

๔. ดำเนินการเยี่ยมบ้านและสอบข้อเท็จจริงคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิ ตามข้อ ๓ เพิ่มเติมร่วมกับเจ้าหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น /สำนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขต

๕. เสนอรายชื่อคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายเพื่อพิจารณาอนุมัติและเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร รายงานต่อสำนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขตหรือสำนักงานพัฒนาและคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) เพื่อทราบ

๖. แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติให้หน่วยบริการในพื้นที่ และดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณให้ หน่วยบริการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๗. หน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการตามระเบียบฯ และรายงานผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการต่อจังหวัด

๘. จังหวัดรายงานผลการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ พก. ทราบตามแบบรายงานผลการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗ พร้อมภาพถ่ายสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของคนพิการก่อนและหลังการดำเนินงานฯ พร้อมแผ่น CD จำนวน ๑ ชุดโดยทันที หลังเสร็จสิ้นดำเนินการแล้ว

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

จังหวัด.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล.....บ้านเลขที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. อายุ (เต็ม)ปี

4. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่

5. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น โปรดระบุประเภทความพิการ.....

6. จำนวนบุตร
☐ ไม่มี ☐ มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

7. สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ อยู่คนเดียว ☐ คู่สมรส ☐ ลูก/หลาน ☐ ญาติ
☐ เพื่อน ☐ ผู้ดูแล ☐ อื่นๆ.....
รวมทั้งสิ้น.....คน

8. ประเภทของความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก
☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการเรียนรู้

9. มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

10. ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

11. ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่
11.1 ชื่อในทะเบียนบ้าน ☐ ไม่มี
11.2 บัตรประชาชน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน.....
11.3 สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ☐ ไม่มี

12. ลักษณะสุขภาพโดยรวม ☐ แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
☐ ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
☐ ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
☐ อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

13. โรคประจำตัว
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

14. การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

15. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปตรระบุ
- ☐ ประถมศึกษา (ระบุ).....
- ☐ มัธยมศึกษา (ระบุ).....
- ☐ อุดมศึกษา (ระบุ).....
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- ☐ ไม่ได้เรียน

☐ อ่านและเขียนหนังสือได้ ☐ อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้

☐ อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

16. ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ

17. กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ☐ นวดแผนโบราณ ☐ พยากรณ์ชะตาชีวิต
- ☐ เล่นดนตรี ☐ พนักงานสลับสายโทรศัพท์ ☐ เกษตรกรรม
- ☐ หัตถกรรม ☐ ครู / อาจารย์ ☐ ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ
- ☐ รับจ้าง ☐ พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน ☐ เกษียณ อายุแล้ว
- ☐ อื่นๆ โปตรระบุ.....

18. รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่มีรายได้ ☐ เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท

(เลือกได้มากกว่า 1 รายการ) ☐ เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท ☐ งานอดิเรกเดือนละ.....บาท

☐ ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท

☐ การทำงานเดือนละ.....บาท

☐ คู่สมรสเดือนละ.....บาท

19. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

☐ ไม่มีรายจ่าย ☐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท

☐ ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท ☐ ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท

ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท ☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

20. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน ☐ ญาติพี่น้อง ☐ ว่าจ้างผู้ดูแล
- ☐ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน ☐ อปพร. ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

21. ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

☐ ไม่ใช่

☐ ใช้อุปกรณ์ คือ

- ☐ ไม่เท้าขาว ☐ แขน ขาเทียม ☐ รถเข็น ☐ รถสามล้อโยก
- ☐ walker ☐ สเกต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) ☐ เครื่องช่วยฟัง
- ☐ หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์) ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ตอนที่ 2 ข้อมูลการอยู่อาศัย

22. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- ☐ บ้านเดี่ยว ☐ บ้านไม่ยกพื้น ☐ บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
- ☐ ทาวน์เฮ้าส์ ☐ ตึกแถว ☐ ห้องแถว
- ☐ บ้านแฝด ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ อื่นๆพื้นที่.....ตารางวา

23. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา ปี

24. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- ☐ เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง ☐ เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
- ☐ เช่ารายเดือน เดือนละ บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าเช่าคือ
- ☐ ท่านจ่ายเอง ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน ☐ บิดา/มารดา
- ☐ ญาติ ☐ นายจ้าง ☐ อื่นๆ (ระบุ)
- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง ☐ เป็นที่สาธารณะ

25. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00 – 16.00 น. **ในวันธรรมดา** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ อยู่กับบิดา/มารดา
- ☐ อยู่กับลูก/หลาน จำนวน คน ☐ อยู่กับญาติ จำนวน คน
- ☐ อยู่กับผู้ดูแล จำนวน คน ☐ อยู่กับนายจ้าง จำนวน คน

26. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00 – 16.00 น. **ในวันหยุด** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ อยู่กับบิดา/มารดา
- ☐ อยู่กับลูก/หลาน จำนวน คน ☐ อยู่กับญาติ จำนวน คน
- ☐ อยู่กับผู้ดูแล จำนวน คน ☐ อยู่กับนายจ้าง จำนวน คน

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

27. กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ 29)

28. กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น – ลงหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ใช้บันไดในการขึ้น – ลง โดยมีความถี่
- ☐ นานๆ ครั้ง (เดือนละ 1 – 2 ครั้ง) ☐ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 3 – 4 ครั้ง/สัปดาห์
- ☐ 1 – 2 ครั้ง/วัน ☐ 3 – 4 ครั้ง/วัน ☐ มากกว่า 4 ครั้ง/วัน

29. ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1 - 2	3 - 4	5 - 6			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
☐ 1. ทำงาน						
☐ 2. ประกอบอาหาร						
☐ 3. ดูแลหลาน						
☐ 4. ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวี						
☐ 5. ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ ฟังข่าว						
☐ 6. นอนกลางวัน						
☐ 7. นั่งพักผ่อน - ชมวิว						
☐ 8. อ่านหนังสือ						
☐ 9. ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ 10. ออกกำลังกาย						
☐ 11. งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
☐ 1. เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน
☐ 2. ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน
☐ 3. อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน

30. ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1 - 2	3 - 4	5 - 6			
☐ 1. ทำงาน						
☐ 2. นั่งพักผ่อน - ชมวิว						----
☐ 3. อ่านหนังสือ						----
☐ 4. พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						----
☐ 5. ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ 6. ออกกำลังกาย						
☐ 7. อื่นๆ						

31. มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุกิจกรรม

☐ ซื้ออาหาร/สิ่งของ

☐ ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

☐ พาไปหาหมอ

☐ อื่นๆ (ระบุ)

32. การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

☐ การบ้วนปาก วันละ ครั้ง

☐ การแปรงฟัน วันละ ครั้ง

☐ การอาบน้ำ วันละ ครั้ง

☐ การสระผม สัปดาห์ละ ครั้ง

☐ การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ ครั้ง

☐ การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ ครั้ง

33. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี

กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก

☐ สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ

☐ พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีขอบสูงทำให้สะดุด

☐ ลื่นจากพื้นที่เปียก และ

☐ บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ

☐ แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ

☐ สัตว์เลี้ยง เช่น แมว / สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน

☐ หน้ามืด / เวียนศีรษะ / เป็นลม

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ จักรยานจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ พาหนะอื่น ๆจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

34. สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ / หกล้ม / ตกบันได

☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

☐ ได้รับบาดเจ็บในบ้าน

☐ ห้องน้ำ / ห้องอาบน้ำ จำนวน ครั้ง ☐ ห้องครัว จำนวน ครั้ง

☐ ห้องนั่งเล่น จำนวน ครั้ง ☐ ห้องนอน จำนวน ครั้ง

☐ ฆานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน ครั้ง ☐ บันได จำนวน ครั้ง

☐ ใต้ถุนบ้าน จำนวน ครั้ง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

☐ ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน

☐ ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน ครั้ง ☐ โรงจอดรถ จำนวน ครั้ง

☐ บริเวณสนาม ส่วนที่พุ่มไม้ เช่น สวนปลูกต้นไม้ จำนวน ครั้ง

☐ สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

35. ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

☐ ไม่เลี้ยง

☐ เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์)..... เลี้ยงบริเวณ

36. ท่านปลูกพืช / ดูแลสวน / ตัดไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

☐ ไม่ทำ

☐ ทำ บริเวณ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

37. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

☐ เหมาะสมแล้ว

☐ ควรปรับปรุง (ระบุ).....

38. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต + สัมภาษณ์)

☐ ไม่มี เพราะ

☐ มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

☐ ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ☐ ต้องการความเป็นส่วนตัว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

39. สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต + สัมภาษณ์)

☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุพื้นที่)..... มีขนาด ตร.ม.

40. วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มี พื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน (วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/ไมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)
1 ห้องนอน							
2 ห้องนั่งเล่น							
3 ห้องครัว							
4 ระเบียง/ระเบียง							
5 ห้องน้ำ							
6 โรงจอดรถ							

41. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

☐ ไม่มี เพราะ

☐ มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)

- ☐ ประตูสาเหตุ
- ☐ หน้าต่างสาเหตุ
- ☐ อุปกรณ์ในห้องน้ำสาเหตุ
- ☐ สวิตช์/ปลั๊กสาเหตุ
- ☐ อุปกรณ์พื้นที่ซักล้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง)สาเหตุ

42. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

☐ ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ☐ ขนาดพอดี ☐ ขนาดคับแคบเกินไป

43. ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

☐ แสงสว่างมากเกินไป ☐ แสงสว่างพอดี ☐ แสงสว่างไม่เพียงพอ

44. ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

☐ ระบายอากาศดี ☐ ระบายอากาศไม่ดี

45. ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มีกลิ่น

☐ มีกลิ่น

☐ กลิ่นอับ

☐ กลิ่นห้องน้ำ

☐ กลิ่นขยะ

☐ อื่นๆ (ระบุ)

46. ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มีเสียงรบกวน

☐ มีเสียงรบกวน

☐ เสียงเครื่องบิน

☐ เสียงเพื่อนบ้าน

☐ อื่นๆ (ระบุ)

47. ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มีบันได

☐ มีบันไดขึ้น-ลงสะดวก

☐ มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก

☐ บันไดมีขนาดเล็ก

☐ บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป

☐ บันไดมีช่องเปิดโล่ง

☐ บันไดลาดชัน

☐ ไม่มีราวจับบันได

☐ อื่นๆ (ระบุ)

48. พื้นที่ใช้สอยในบ้านของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐ มีความเหมาะสม

☐ ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

☐ ห้องนอน เพราะ

☐ ห้องนั่งเล่น เพราะ

☐ ห้องครัว เพราะ

☐ ซานบ้าน/ระเบียง เพราะ

☐ ห้องน้ำ เพราะ

☐ โรงจอดรถ เพราะ

☐ ทางเดิน เพราะ

☐ พื้นที่รอบบ้าน เพราะ

☐ อื่นๆ (ระบุ)..... เพราะ.....

49. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ

☐ ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

☐ เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

☐ เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

☐ เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

☐ มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

50. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่พบปัญหา

☐ พบปัญหา

☐ น้ำท่วมขัง

☐ บุง

☐ อื่นๆ (ระบุ)

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน