

**แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
จังหวัด.....**

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.ชื่อ-สกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

๒.เพศ ชาย หญิง

๓.อายุ (เต็ม).....ปี

๔.สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่

๕.คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๖.จำนวนบุตร

ไม่มี มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๗.สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

อยู่คนเดียว คู่สมรส ลูก/หลาน ญาติ

เพื่อน ผู้ดูแล อื่นๆ.....

รวมทั้งสิ้น.....คน

๘.ประเภทของความพิการ

- ความพิการทางการเห็น
- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการเรียนรู้
- ออทิสติก

๙.มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

๑๐.ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

๑๑.ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่

๑๑.๑ ชื่อในทะเบียนบ้าน ไม่มี

๑๑.๒ บัตรประชาชน ไม่มี

มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน

๑๑.๓ สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ไม่มี

๑๒.ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
- ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
- ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
- อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๓.โรคประจำตัว

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

๑๔.การนับถือศาสนา

พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ).....

๑๕. ระดับการศึกษาสูงสุด
- กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรรถระบุ.....
- ประถมศึกษา (ระบุ).....
- มัธยมศึกษา (ระบุ).....
- อุดมศึกษา (ระบุ).....
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- ไม่ได้เรียน
- อ่านและเขียนหนังสือได้ อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
- อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

๑๖. ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ

๑๗. ภาระกิจ ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล นวดแผนโบราณ พยากรณ์ชะตาชีวิต
- เล่นดนตรี พนักงานสลับสายโทรศัพท์ เกตรกรรม
- หัตถกรรม ครู/อาจารย์ ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ
- รับจ้าง พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
- พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน เกษียณ อายุแล้ว
- อื่นๆ โปรรถระบุ.....

๑๘. รายได้ต่อเดือน

- ไม่มีรายได้ เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
- (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ) เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
- ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
- คู่สมรสเดือนละ.....บาท

๑๙. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่มีรายจ่าย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท
- ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท
- ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

๒๐. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- คู่สมรส บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง ว่าจ้างผู้ดูแล
- เพื่อน/เพื่อนบ้าน อปพร. อื่นๆ.....

๒๑. ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ไม่ใช่
- ใช้อุปกรณ์ คือ
- ไม่เท้าขาว แขน ขาเทียม รถเข็น รถสามล้อโยก
- walker สเลต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) เครื่องช่วยฟัง
- หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์) อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๒๒. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว บ้านไม้ยกพื้น บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
- ทาวน์เฮ้าส์ ตึกแถว ห้องแถว
- บ้านแฝด (พื้นที่..... ตารางวา) อพาร์ทเมนท์ อื่นๆ.....

๒๓. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๒๔. 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

๒๕. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

๒๖. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒๗. กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ ๒๙)

๒๘. กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช้บันไดในการขึ้น - ลง โดยมีความถี่
 นานๆครั้ง (เดือนละ ๑-๒ ครั้ง) ๑-๒ ครั้ง/สัปดาห์ ๓ - ๔ ครั้ง/สัปดาห์
 ๑-๒ ครั้ง/วัน ๓ - ๔ ครั้ง/วัน มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน

๒๙.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> ๑.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> ๒.ประกอบอาหาร						
<input type="checkbox"/> ๓.ดูแลหลาน						
<input type="checkbox"/> ๔.ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวี						
<input type="checkbox"/> ๕.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
<input type="checkbox"/> ๖.นอนกลางวัน						
<input type="checkbox"/> ๗.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> ๘.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> ๙.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> ๑๐.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> ๑๑.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
<input type="checkbox"/> ๑.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> ๒.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> ๓.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

๓๐.ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> ๑.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> ๒.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> ๓.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> ๔.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
<input type="checkbox"/> ๕.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> ๖.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> ๗.อื่นๆ.....						

๓๑.มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

- ไม่มี
 มี โปรดระบุกิจกรรม
 ซื้ออาหาร/สิ่งของ
 พาไปหาหมอ
 ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ
 อื่นๆ (ระบุ).....

๓๒.การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

- การขับปาก วันละ.....ครั้ง
 การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง
 การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง
 การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง
 การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง
 การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

๓๓. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบไม่มากกว่า ๑ ข้อ)

- หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี
- กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ | <input type="checkbox"/> พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด |
| <input type="checkbox"/> ลื่นจากพื้นที่เปียก และ | <input type="checkbox"/> บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ |
| <input type="checkbox"/> แขนขาอ่อนแรงไปเรื่อยๆ | <input type="checkbox"/> สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน |
| <input type="checkbox"/> หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
- จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี | <input type="checkbox"/> จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี |
| <input type="checkbox"/> จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี | <input type="checkbox"/> พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี |
- กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี
- ขงมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี
- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

๓๔. สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย
- ได้รับบาดเจ็บในบ้าน
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ซานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> บันได จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
- ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บริเวณสนาม ส่วนที่หักม่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง | |
| <input type="checkbox"/> สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช้บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด)..... | |

๓๕. ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

- ไม่เลี้ยง
- เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์).....เลี้ยงบริเวณ.....

๓๖. ท่านปลูกพืช /ดูแลสวน /ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

- ไม่ทำ
- ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

๓๗. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

- เหมาะสมแล้ว ควรปรับปรุง (ระบุ).....

๓๘. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดสวนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมผัส)

- ไม่มี เพราะ.....
- มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) | <input type="checkbox"/> ต้องการความเป็นส่วนตัว | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
|--|---|--|

๓๙. สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมผัส)

- มี (ระบุพื้นที่)..... มีขนาด.....ตร.ม.

๔๐. วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มี พื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน(วัสดุ เดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/ โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)...
๑ ห้องนอน							
๒ ห้องนั่งเล่น							
๓ ห้องครัว							
๔ ชานบ้าน/ระเบียง							
๕ ห้องน้ำ							
๖ โรงจอดรถ							

๔๑. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

- ไม่มี เพราะ.....
- มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)
- ประตู.....สาเหตุ.....
- หน้าต่าง.....สาเหตุ.....
- อุปกรณ์ในห้องน้ำ.....สาเหตุ.....
- สวิตซ์/ปลั๊ก.....สาเหตุ.....
- อุปกรณ์พื้นที่ซอกข้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง).....สาเหตุ.....

๔๒. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

- ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ขนาดพอดี ขนาดคับแคบเกินไป

๔๓. ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

- แสงสว่างมากเกินไป แสงสว่างพอดี แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔๔. ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

- ระบายอากาศดี ระบายอากาศไม่ดี

๔๕. ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีกลิ่น
- มีกลิ่น
- กลิ่นอับ กลิ่นห้องน้ำ กลิ่นขยะ อื่นๆ (ระบุ).....

๔๖. ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีเสียงรบกวน
- มีเสียงรบกวน
- เสียงเครื่องบิน เสียงเพื่อนบ้าน อื่นๆ(ระบุ).....

๔๗. ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีบันได
- มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก
- บันไดมีขนาดเล็ก บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป บันไดมีช่องเปิดโล่ง
- บันไดลาดชัน ไม่มีราวจับบันได อื่นๆ(ระบุ).....

๔๘. พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

มีความเหมาะสม

ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

ห้องนอน เพราะ.....

ห้องครัว เพราะ.....

ห้องน้ำ เพราะ.....

ทางเดิน เพราะ.....

อื่นๆ (ระบุ).....เพราะ.....

ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

ฆานบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

โรงจอดรถ เพราะ.....

พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

๔๙. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ

ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

เพิ่มต้นไม้ให้ร่มเงา

เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

๕๐. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

ไม่พบปัญหา

พบปัญหา

น้ำท่วมขัง

ยุง

อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

๘
ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน