จัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ

มอบรถวินแชร์

บันทึกข้อความ

สวนราชการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง
ที่ พบ ๗๓๔๐๖/ ๒๓ **วันที่** ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒
เรื่อง ขอรายงานผลโครงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการสำหรับเด็กและคนพิการทางการเคลื่อนไหว

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ตามที่สโมสรโรตารี่จังหวัดเพชรบุรี ได้จัดโครงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการสำหรับเด็กและคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยให้ทางกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง สำรวจผู้พิการที่ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการสำหรับเด็กและคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ได้นำผู้พิการจำนวน ๑๓ ราย มาทำการวัดขนาดอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการสำหรับเด็กและคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อให้เหมาะสมกับผู้พิการซึ่งโครงการฯ ดังกล่าวสำเร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ตามเอกสารภาพถ่ายแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....
(นางสาวณัทชญานันท์ อักโขพันธุ์)
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

ทราบ
(นางสาวกมนทรรศน์ กลิ่นโพธิ์กลับ)
รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ทราบ
(นายมนต์ชัย สุวรรณเนตร)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ทราบ
ร้อยตำรวจตรี.....
(กนกศักดิ์ มุทธากาญจน์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

โครงการอยู่ในเล่ม

-สำเนาคู่ฉบับ-

ที่ พบ ๗๓๔๐๖/ ๗๑๒

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง
๒/๒ หมู่ ๓ ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมือง
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอขอบคุณสโมรสรโรตารี่จังหวัดเพชรบุรี

เรียน นายกสโมรสรโรตารี่เพชรบุรี

ตามที่สโมสรโรตารี่เพชรบุรีมีนโยบายในการช่วยเหลือผู้พิการ โดยการมอบรถวิลแชร์ให้กับผู้พิการในเขตพื้นที่ตำบลต้นมะม่วงเพื่อความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งมีผู้พิการในเขตพื้นที่ตำบลต้นมะม่วงได้รับรถวิลแชร์ จำนวน ๑๖ ราย

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ขอขอบคุณสโมรสรโรตารี่เพชรบุรีเป็นอย่างยิ่งที่มอบรถวิลแชร์เพื่อให้คนพิการได้รับความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยตำรวจตรี

(กนกศักดิ์ มุทธากาญจน์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ร่าง/พิมพ์.....
หัวหน้างาน.....
รองปลัด.....
ปลัด.....

กองสวัสดิการสังคม
โทรศัพท์ ๐๓๒-๔๙๓๕๑๔
โทรสาร ๐๓๒-๔๙๓๕๑๕
www.tonmamoung.go.th

ที่ พบ ๗๓๔๐๖/๖๗๑

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง
๒/๒ หมู่ ๓ ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมือง
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญผู้พิการที่ได้รับมอบรถเข็นวิลแชร์ไปวัดตัวเพื่อทำการประกอบรถเข็นวิลแชร์

เรียน .....

ตามที่สโมสรโรตารี่เพชรบุรีมีนโยบายในการช่วยเหลือผู้พิการ โดยการมอบรถเข็นวิลแชร์ให้กับผู้พิการในเขตพื้นที่ตำบลต้นมะม่วง เพื่อความสะดวกใช้ในชีวิตประจำวัน นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ขอเชิญผู้พิการที่ได้รับการคัดเลือก ไปทำการวัดตัวเพื่อทำการประกอบรถวิลแชร์ **ในวันอังคาร ที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ ตึกการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. เป็นต้นไป**

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยตำรวจตรี

(กนกศักดิ์ มุทธากาญจน์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

หมายเหตุ กรุณานำญาติผู้พิการมาด้วย จำนวน ๑ ราย

กองสวัสดิการสังคม
โทรศัพท์ ๐๓๒-๔๙๓๕๑๔
โทรสาร ๐๓๒-๔๙๓๕๑๕
www.tonmamoung.go.th

-สำเนาคู่ฉบับ-

ที่ พบ ๗๓๔๐๖/๖๗๑

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง
๒/๒ หมู่ ๓ ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมือง
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญผู้พิการที่ได้รับมอบรถเข็นวิลแชร์ไปวัดตัวเพื่อทำการประกอบรถเข็นวิลแชร์

เรียน ผู้พิการ

ตามที่สโมสรโรตารี่เพชรบุรีมีนโยบายในการช่วยเหลือผู้พิการ โดยการมอบรถเข็นวิลแชร์ให้กับผู้พิการในเขตพื้นที่ตำบลต้นมะม่วง เพื่อความสะดวกใช้ในชีวิตประจำวัน นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ขอเชิญผู้พิการที่ได้รับการคัดเลือก ไปทำการวัดตัวเพื่อทำการประกอบรถวิลแชร์ **ในวันอังคาร ที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ ตึกการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. เป็นต้นไป**

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยตำรวจตรี

(กนกศักดิ์ มุทธากาญจน์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

หมายเหตุ กรุณานำญาติผู้พิการมาด้วย จำนวน ๑ ราย

กองสวัสดิการสังคม
โทรศัพท์ ๐๓๒-๔๙๓๕๑๔
โทรสาร ๐๓๒-๔๙๓๕๑๕
www.tonmamoung.go.th

ร่าง/พิมพ์.....
หัวหน้างาน.....
รองปลัด.....
ปลัด.....

หลักฐานการสัมภาษณ์งานแรก

1. รูปถ่ายเต็มตัว
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. เบอร์โทรศัพท์
5. หมอกายภาพเซ็นต์รับรอง
6. กรอกแบบขอรับรองงานแรก

มูลค่าอุปกรณ์การแพทย์พระราชทานฯ
3,853,000 บาท

ROTARY

22

ลำดับที่ .....

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ในโครงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการสำหรับเด็กและคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180 โทร. 053-890238-44 โทรสาร. 053-121185 มหาดไทย. 25594-5

วันที่ยื่นเอกสาร.....

ชื่อ น.ส ชลลัย สกุล ทองมี

ที่อยู่ 73/11 ถ.ตันมะสังข์ ต.ช้อ ม.ช้อ จ.เชียงใหม่

วันเดือนปีเกิด 8 ตุลาคม 2535 อายุ 28 ปี เพศ ชาย ✓หญิง

ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 52 กิโลกรัม

เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ 089-9132208

ชื่อผู้ขอ/ลายนิ้วมือ นาย ชลัย ทองมี

แพทย์ หรือ PT หรือ OT

ท่านการตรวจประเมินแล้ว โดย

แพทย์ชื่อ นพ.ชูเกียรติ เพชรบุรี

PT ชื่อ.....

OT ชื่อ.....

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(นพ. ชูเกียรติ เพชรบุรี)

อุปกรณ์ที่ต้องการ ☐ ไม้เท้า (Cane) ☐ วอล์คเกอร์/ที่เกาะเดิน (Walker) ☑ รถเข็น (Wheelchair) ☐ เก้าอี้อาบน้ำ (Shower Chair)

☐ เก้าอี้สุขภัณฑ์ (Toilet Chair) ☐ ไม้ค้ำยัน (Crutches) ☐ ฟูกนอน (Mattress) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ล้มเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ส่งโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ปัจจุบันช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย ไม่มีแผลกดทับ

เป็นมานาน.....เดือน.....ปี แพทย์ที่ดูแล ☐ มี ☐ ไม่มี ถ้ามีชื่อ..... สังกัด.....

โปรดวงกลมเลือกแขน ขา ที่ขาดหรือเป็นอัมพาต เช่นขวา (แขนซ้าย) ขาขวา (ขาซ้าย)

ท่านสามารถเคลื่อนย้ายตัวเอง ☐ ได้ ☑ ไม่ได้ ท่านต้องการใช้อุปกรณ์ที่ขอนานเป็นเวลานาน..... เดือน..... ปี

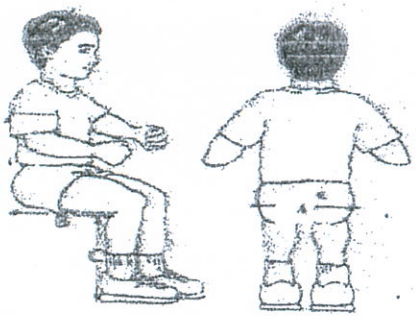
ท่านทราบการขอรับความช่วยเหลือจากโครงการได้อย่างไร เจ้าหน้าที่ อบต.

ท่านสามารถประกอบอาชีพ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ถ้าได้ท่านทำอะไร..... ที่ไหน.....

การขึ้นทะเบียนคนพิการ ☐ ยังไม่ได้ขึ้น, ☐ ขึ้นทะเบียนหมวดเลข.....

ความพิการของท่านเกิดจาก 3 <กระดูกสันหลัง> ระดับความรุนแรง.....

การวัดตัวในท่านั่งสำหรับผู้ขอรถเข็น



A : ความกว้างของที่นั่ง 23 นิ้ว

B : ความลึกของที่นั่ง 23 นิ้ว

C : ความยาวจากเข่าถึงเท้า 22 นิ้ว

หมายเหตุ

1. การวัด A คือ ความกว้างระหว่างสะโพกสองข้าง, B คือ ความยาวตั้งแต่ส้นเข่าถึงก้นกบ, C คือ ความยาวตั้งแต่ข้อเข่าถึงปลายเท้า
2. คนพิการควรแต่งกายและใส่รองเท้าตามปกติ
3. ใช้สายวัดต้นเท่านั้น และไม่วัดตัวเก้าอี้นั่ง

ส่งแบบฟอร์มได้ที่

โครงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการสำหรับเด็กและคนพิการ

นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร (ผู้อำนวยการสถาบัน)

188 หมู่ 10 ต.เชิงดอย-ห้วยแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180

เฉพาะกรรมการ RICD wheelchair project

☐ ได้รับอุปกรณ์เรียบร้อยแล้วคือ.....

☐ ผู้รับอุปกรณ์ตกลงให้ถ่ายรูปและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการได้

ลงชื่อรับ.....

ลงชื่อผู้ให้.....

ตอนที่ ระดับความสามารถเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และสภาพบ้าน

1. ระดับความสามารถเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตนเอง

- ความสามารถพลิกตัวไปมา — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- ความสามารถลุกขึ้นนั่งเอง — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปเก้าอี้ด้วยเข็น — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ล้อเข็นไปเตียง — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด

1.2 ความสามารถในการเคลื่อนย้ายไปยังที่อื่น

- เดิน / รถเข็น (วงกลมเลือกข้อใดข้อหนึ่ง) — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- อื่น ๆ ---------- — ☐ ไม่ได้ ☐ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด

1.3 ความสามารถในการรับประทานอาหาร

- ตักประทานอาหารด้วยช้อน / มือ — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- ดื่มน้ำด้วยแก้ว — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด

1.4 ความสามารถในการแต่งตัว

- สวมและถอดเสื้อ — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- สวมและถอดกางเกง, ผ้าถุง — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- สวมและถอดชุดชั้นใน — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด

1.5 ความสามารถในการดูแลสุขภาพส่วนตัว

- การอาบน้ำและเช็ดตัวเอง — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- ล้างทำความสะอาดหลังขับถ่าย — ☑ ไม่ได้ ☐ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- แปรงฟัน — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด
- หวีผม – หวีผม — ☐ ไม่ได้ ☑ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ได้เองทั้งหมด

2. สภาพบ้านที่อยู่อาศัย

2.1 สภาพรั้วรอบบ้าน — (✓) พื้นเรียบ ( ) มีคู-คลอง คันนาเลื่อมรอบ ( ) อื่น ๆ .....

2.2 ลักษณะบ้าน — มี 1 ชั้น ชั้นบนได – ชั้น ราวบันได ( ) ซ้าย ( ) ขวา

2.3 ลักษณะพื้นบ้าน — ( ) ระดับเดียวกัน ( ) ต่างระดับ ( ) พื้นกระเบื้อง ( ) พื้นไม้ ( ) พื้นคอนกรีต

2.4 ทางเข้าติดต่อภายในบ้าน — มีประตู กว้าง.....เมตร
ธรณีประตู (✓) มี ( ) ไม่มี
ขั้นบันได ( ) มี (✓) ไม่มี

2.5 ห้องอาบน้ำ — มีประตู กว้าง 50 เมตร ชม.
( ) ใช้มีกชัก (✓) ใช้ขันตักน้ำ ( ) ใช้ฝักบัว

2.6 ห้องส้วม — มีประตู กว้าง 50 เมตร ชม.
(✓) ชักโครก ( ) ส้วมหลุม ( ) ส้วมซึม

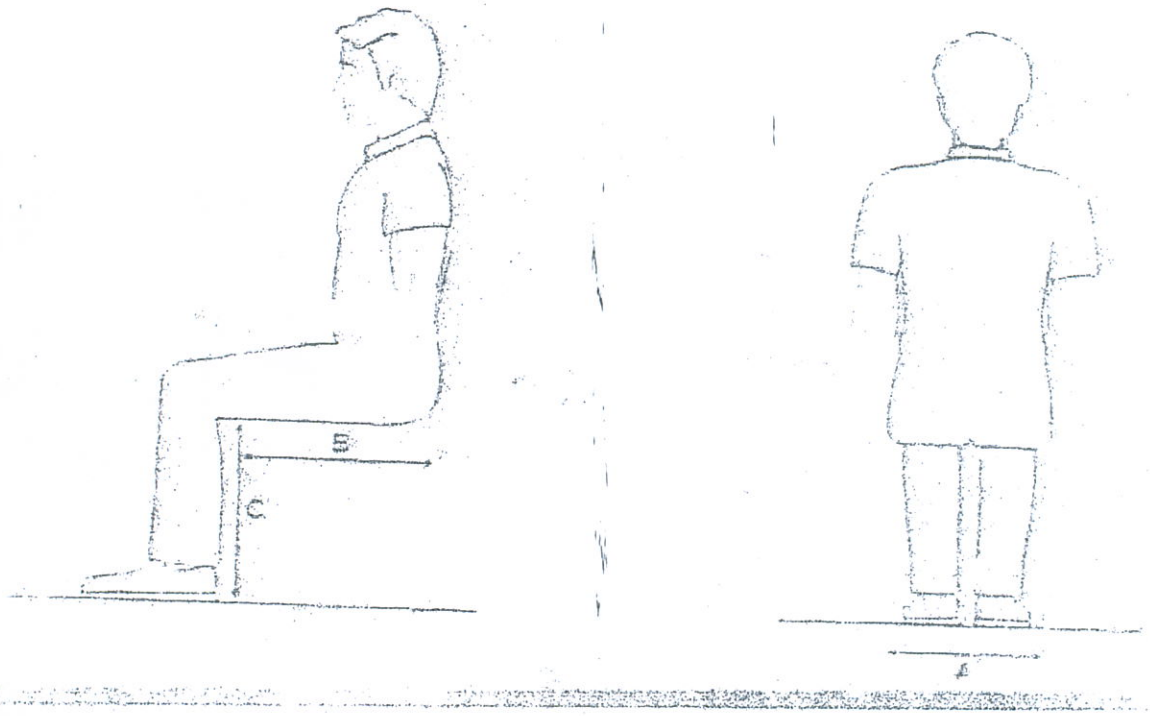
การวัดตัวเพื่อคัดเลือกขนาดรถเข็น

สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับพื้นฐานการวัดที่จำเป็น คือ

A. ความกว้างของที่นั่ง (มีหน่วยวัดเป็นนิ้ว)

B. ความลึกของที่นั่ง (มีหน่วยวัดเป็นนิ้ว)

C. ความยาวเข่าถึงเท้า (มีหน่วยวัดเป็นนิ้ว)



A : ความกว้างของที่นั่ง -> ความกว้างระหว่างสะโพกทั้งสองข้าง

B : ความลึกของที่นั่ง -> ความยาวตั้งแต่หัวเข่าจนถึงหลังสะโพกหรือก้นกบ

C : ความยาวเข่าถึงเท้า -> ความยาวตั้งแต่เข่าจนถึงปลายเท้า

หมายเหตุ 1. ใช้สายวัด

2. ผู้ป่วยควรแต่งกายและใส่รองเท้าตามปกติ