



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

0101111111



หน่วยงานรับคำขอ สงขลา สงขลา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอมิบัติครั้งแรก

ขอมิบัติใหม่เนื่องจาก

บัณฑิตหมดอายุ

ขำรด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ พุดพิมล สกุล แพทยะเพ็ญ

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 10 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2509

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 3099 01198 29 3

๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 19 หมู่ที่ 2 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ 097-2602894 โทรสาร.....

Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช.)

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..... อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป

ธุรกิจส่วนตัว

อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3099 01198 29 3
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง พรพิมล แพทย์เพียร**
 Name Mrs. Pornpimon
 Last name Phatpian

เกิดวันที่ 10 พ.ค. 2509
 Date of Birth 10 May 1966

ศาสนา พุทธ

ถือฯ 19 หมู่ที่ 2 ต.หนองแขม อ.หนองแค
 จ.สระบุรี

1 ก.พ. 2561
 วันออกบัตร
 1 Feb. 2018
 Date of Issue

วอศววพ
 (เจ้าพนักงานสอบสวน)
 เจ้าพนักงานสอบสวน

5 พ.ค. 2569
 วันบัตรหมดอายุ
 9 May 2026
 Date of Expiry


1909-04-02010927



นาง พรพิมล แพทย์เพียร

(คำในหมวก)

BORA-10.5-01-2561



ประเทศไทย
 THAILAND

ME1-1208603-45

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1903-041273-9

สำนักทะเบียน อำเภอหนองแค

รายการที่อยู่ 19 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองแขม
อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ชื่อหมู่บ้าน บ้านโคกแก้ว

ประเภทบ้าน บ้าน

ชื่อบ้าน ลักษณะบ้าน
ตึกเดี่ยว 1 ชั้น 1 ห้อง

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ สิงหาคม 2560

ลงชื่อ

นายทะเบียน

(นางจันทร์พร สุวรรณธา)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 9 สิงหาคม 2560

1

นางพรพิมล แพทย์เพียร

(พิมพ์ทุกตัว)

เล่มที่

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 1903-041273-9

ลำดับที่ 4

ชื่อ นางพรพิมล แพทย์เพียร

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-3099-01198-29-3 สถานภาพ ผู้อาศัย

เกิดเมื่อ 10 พ.ค. 2509

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ จิระพันธ์

3-3099-01198-26-9 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ชัยพร

3-3099-01198-22-6 สัญชาติ ไทย

115 หมู่ที่ 3 ต.บ้านใหม่

อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา เมื่อ 1 ก.พ. 2561

นายทะเบียน

(นางจันทร์พร สุวรรณธา)

** ไปที่

นายทะเบียน

5

ผู้ประเมินการสอบข้อสอบให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล **รพ. ส. ร. บ. ร.**
 ข้าพเจ้า นพ. **วิฑูรย์ นวลวัน** **วิฑูรย์ นวลวัน** ในอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ **4386** เป็นแพทย์เฉพาะทาง **กัลยารัตน์ กวี**
 ได้ประเมิน **คุณวิฑูรย์ นวลวัน/นส. นพ. วิฑูรย์ นวลวัน** (แพทย์) เลขประจำตัวประชาชน **33099 01199 29 3** วันที่ **เดือน** ปี **เดือน** พ.ศ. **กัณยารัตน์ กวี**

| ประเภทความบกพร่อง (ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง) | หัวข้อพิจารณา (พิจารณาแต่ละข้อ 3 ข้อ) | ผลการประเมิน | | รายการละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิจารณา | การเกิดความบกพร่อง/พิจารณา (ต้องพิจารณาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน) | สาเหตุความบกพร่อง/พิจารณา |
|--|---|--------------|-------------------------------------|---|--|--|
| | | ไม่บกพร่อง | บกพร่อง | | | |
| 1. ทางการเห็น | - การมองเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป *หรือความผิดปกติอื่นใด *นานกว่า 30 องศา *หรือลักษณะตามศูนย์องศา | | | () ตาบอด.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R ระบุ.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R () ตาเลือนราง.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R ระบุ.....ข้าง <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |
| 2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) * *บกพร่องข้างเดียวไม่พิจารณา | - การได้ยินเสียง *พิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด | | | () หูหนวก <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R () หูตึง <input type="checkbox"/> L.....dB <input type="checkbox"/> R.....dB () สื่อความหมาย | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |
| 3. ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย | - การเคลื่อนไหว มือ เขน ขา หรือเท้า *พิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด คือไม่สามารถหยิบสิ่งของและเป็นอุปสรรคในชีวิตประจำวันได้ | | <input checked="" type="checkbox"/> | () การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ..... ADL VI | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |
| 4. ทางจิตตหรือพฤติกรรม | - ลักษณะทางจิต หรือพฤติกรรม *ICD 10 หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย *IQ <70 หรือ ADLหรือจาก Function อื่นๆ และ/หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย | | | ระบุ..... () พัฒนาการ ระบุ..... () สติปัญญา ระบุ..... | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |
| 5. ทางสติปัญญา | - ความสามารถทางสติปัญญา *IQ <70 หรือ ADLหรือจาก Function อื่นๆ และ/หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย | | | () พัฒนาการ ระบุ..... () สติปัญญา ระบุ..... | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |
| 6. ทางการเรียนรู้ | - ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) เป็นอย่างน้อย และ/หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders และ/หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย | | | ระบุ..... ระบุ..... ระบุ..... | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |
| 7. ออทิสติก | - กลุ่มออทิสติก *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders และ/หรือพิจารณาตามศูนย์วินิจฉัย | | | ระบุ..... ระบุ..... ระบุ..... | () ตั้งแต่นเกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> ภายหลังการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... |

*ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ
 รูปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

มีความเห็น ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ
 มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

() ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ชำนาญการออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ชื่อ **วิฑูรย์ นวลวัน** แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินคุณวุฒิการ
 (**วิฑูรย์ นวลวัน**)
 ตำแหน่ง **แพทย์**

ชื่อ **กัลยารัตน์ กวี** แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินคุณวุฒิการ
 (**กัลยารัตน์ กวี**)
 ตำแหน่ง **แพทย์**

