

เลขที่.....

## เอกสารรับรองแพทย์

(เฉพาะผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้)

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ประจำโรงพยาบาล.....ขอรับรองว่าเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โรงพยาบาล.....ได้รับ (ค่าน้ำหนักนาม).....

เลขบัตรประชาชน 13 หลัก

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HN..... AN.....เข้ารับการตรวจรักษาปรากฏผลการตรวจอาการผู้ป่วย ดังนี้

1. วันเดือนปีและเวลาที่เกิดเหตุ.....

2. อาการของผู้ป่วย ลักษณะบาดแผลและสาเหตุ .....

.....  
.....

3. สรุปความเห็นแพทย์บาดแผลความรุนแรง ระดับ.....

(ตามเกณฑ์ประเมินการบาดเจ็บเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ)

4. ความเห็นแพทย์ (เพิ่มเติม) .....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

หมายเหตุ เอกสารรับรองแพทย์ฉบับนี้ประกอบการพิจารณาความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจาก  
สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

1. หากผู้ป่วยมีความพิการให้ลงความเห็นในเอกสารรับรองความพิการของสถานพยาบาล และเอกสารรับรองความพิการ (จชต.2) ประกอบการพิจารณาทุกครั้ง
2. ให้สถานพยาบาลที่ออกเอกสารใบรับรองแพทย์นี้ จัดทำสำเนาไว้ด้วย

เลขที่.....

## เอกสารรับรองความบกพร่อง

(เฉพาะผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้)

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ประจำโรงพยาบาล.....ขอรับรองว่าเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โรงพยาบาล.....ได้รับ (คำนำหน้านาม).....

เข้ารับการตรวจรักษา ปรากฏผลดังนี้

## 1. ลักษณะความบกพร่อง กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องความบกพร่อง

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ความบกพร่อง
1. การมองเห็น	1.1 ตาเลือนราง (สายตาน้อยกว่า 6/60 ลงไปถึง 3/60)	
	1.2 ตาบอด 1 ข้าง (สายตาน้อยกว่า 3/60 หรือ 20/400 หรือมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง)	
	1.3 ตาบอดทั้งสองข้าง (สายตาน้อยกว่า 3/60 หรือ 20/400 หรือมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง)	
2. การได้ยิน หรือ การสื่อความหมาย	2.1 หูตึง (ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 40-90 เดซิเบล)	
	2.2 หูหนวก (ระดับการได้ยินมากกว่า 90 เดซิเบล)	
	2.3 พูดแล้วผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ ระบุสาเหตุความพิการ.....	
	2.4 พูดไม่ได้ ระบุสาเหตุความพิการ.....	
3. การเคลื่อนไหว หรือ ทางร่างกาย	3.1 มือ เท้า แขน ขา ลำตัว ขาด /อัมพาต (การสูญเสียอวัยวะแขน ขา หรือสมรรถภาพในการเคลื่อนไหว)	
	3.2 ความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายเห็นได้ชัด เช่น นิ้วขาดบางนิ้ว แขนผิดรูป เป็นต้น	
4. จิตใจ หรือ พฤติกรรม (ความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการ พัฒนาการ การรับรู้ อารมณ์ ความคิด)	4.1 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และรบกวนความสงบของผู้อื่น หรือ ผู้ที่อยู่ลำพัง ไม่ยุ่งกับใคร และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
	4.2 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง	
	4.3 ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้	
5. กรณีพิเศษ	5.1 สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์หรือความสามารถในการสืบพันธุ์	
	5.2 ท่อปัสสาวะ หรือทวารหนักเทียมถาวร	

## 2. ความเห็นแพทย์ (เพิ่มเติม).....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

**หมายเหตุ**

1. หากมีรอยลบขูดขีด ให้แพทย์ลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง
2. ประเภท 2 ข้อ 2.3 และ 2.4 ให้ระบุสาเหตุความพิการ ตามคำอธิบายแผ่นหลัง
3. ผู้ที่มีความบกพร่องดังต่อไปนี้ ต้องตรวจรับการประเมินจากแพทย์ในสถานพยาบาล ทุก 2 ปี ได้แก่ ประเภท 2 ข้อ 2.1 และ 2.3 ประเภท 3 ข้อ 3.2 และผู้ที่มีความบกพร่องตามประเภท 4 ต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ ทุก 1 ปี
4. การขอรับความช่วยเหลือต้องใช้เอกสารนี้ (จขต.2) และเอกสารรับรองความพิการของสถานพยาบาลที่แพทย์ระบุว่ามีความพิการหรือไม่ ทุกครั้ง

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่.....

สถานที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง ..... ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

สังกัด .....

ได้ประเมิน ค.ช. / ค.ญ. / นาย / นาง / นางสาว ..... เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		บรรยายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิจาร	การเกิดความบกพร่อง / พิจาร	สาเหตุของความบกพร่อง / พิจาร
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			( ) ตาบอด ( ) ตาเลือนราง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..... ปี .....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา					
๒. ทางการได้ยิน หรือ สื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			( ) หูหนวก	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			( ) หูตึง	( ) ภายหลัง จำนวน ..... ปี .....เดือน	( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- การใช้ภาษาพูด			( ) สื่อความหมาย		( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๓. ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือเท้า			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ .....	( ) ตั้งแต่เกิด	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			( ) อ่อนแรง ระบุ .....	( ) ภายหลัง จำนวน..... ปี ..... เดือน	( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ.....
๔. ทางจิตใจ หรือ พฤติกรรม หรือออทิสติก	- สภาวะทางจิตหรือ พฤติกรรม			( ) อื่นๆ ระบุ .....	( ) ร่างกาย ระบุ .....	( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- กลุ่มออทิสติก				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน..... ปี ..... เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทาง สติปัญญา			( ) พัฒนาการ ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน ..... ปี ..... เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการ เรียนรู้				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน ..... ปี ..... เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

( ) ไม่มีความพิการ ( ) มีความพิการ

ความเห็น ( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ .....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ .....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ .....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ .....

( ) อื่นๆ ระบุ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....



### 3 สาขาจักษุ \*\*

ความรุนแรงระดับ 1	บาดเจ็บเล็กน้อย ไม่มีร่องรอยหลงเหลือชัดเจน หรือเป็นแค่บาดแผลถลอก ระยะเวลารักษา 1-3 วัน เช่น Lids contusion, conjunctival / cornea FB. 1-2 จุด
ความรุนแรงระดับ 2	บาดแผลเย็บ ประมาณ <10 เซม หายแล้วใกล้เคียงปกติ ระยะเวลารักษา 7-10 วัน เช่น tear Lids / conjunctiva, multiple cornea FB. ที่ VA ดี=20/30
ความรุนแรงระดับ 3	บาดแผลที่ทำให้เสียการทำงานของอวัยวะนั้นๆ ปานกลาง ระยะเวลารักษา > 14-30 วัน หายแล้วไม่เหมือนเดิม หายแล้วคาดว่าเป็นแผลเป็นชัดเจน (เทียบเคียงกับบาดเจ็บใน จขต.1) เช่น partial corneal Laceration, tear sclera/canaliculi, severe tear, Lids, multiple corneal FB. ที่ remove ไม่ได้หมด ต้องทิ้งไว้ , VA 20/40-20/70
ความรุนแรงระดับ 4	บาดแผลที่ทำให้เสียการทำงานของอวัยวะนั้นๆ อย่างชัดเจนแต่ไม่สิ้นเชิง ระยะเวลารักษา > 30 วัน เช่น rupture cornea , traumatic cataract , iridodialysis ,severe vitreous haemorrhage. VA <20/70 – 20/200 (เทียบเคียงกับบาดเจ็บ หรือ บาดเจ็บสาหัสใน จขต.1)
ความรุนแรงระดับ 5	สูญเสียอวัยวะสิ้นเชิงถาวร เช่น ตาบอด 1 ข้าง (เทียบเคียงกับบาดเจ็บสาหัสหรือพิการใน จขต.1 หรือในความหมายทั่วไป คือ เสียข้างเดียวก็ถือว่า พิการ) เช่น rupture cornea and lens, retinal detachment, enucleation, persistent diplopia รักษาสิ้นสุดแล้ว VA<10/200

คชชช



พ.ศ. ๒๕๕๐

งานบริหารทั่วไป	เลขที่	3990
คณะกรรมการ	วันที่	3 ส.ค. 2550
	เรื่อง	

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
(กรณีข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ)

ที่ ยล 0029.01(กบ.)/ 1910

ตำรวจภูธรจังหวัดยะลา  
ถนนวงเวียน 2 ตำบลสะเตง  
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วันที่ 2 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

HN 1424867

ด้วย ข้าราชการตำรวจ โสภณ พันธ์ทอง

เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-90007-00388-67-9 อายุ 37 ปี  
ได้เข้ารับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิ  
รับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีเป็นผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

จึงขอรับรองว่า ข้าราชการตำรวจ โสภณ พันธ์ทอง

เลขที่ประจำตัวประชาชน 3-90007-00388-67-9 อายุ 37 ปี  
ตำแหน่ง ผู้บังคับหมู่ (ตรวจค้นและทำลายวัตถุระเบิด) กลุ่มงานสืบสวน ตำรวจภูธรจังหวัดยะลา  
สังกัด ตำรวจภูธรจังหวัดยะลา ตำแหน่งงานตำรวจแห่งชาติ รหัสหน่วยงาน 25007  
เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรดส่งข้อมูลของสถานพยาบาลเพื่อ  
ขอเบิกจาก

- กรมบัญชีกลาง
- สำนักงานคลังจังหวัด ณ ที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่

ต่อไปด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

( ปรีชา ชัยอิน )

รองผู้บังคับการฯ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดยะลา

ตำรวจภูธรจังหวัดยะลา  
โทร. 0-7321-2668