



# แบบฟอร์มข้อมูลผู้เข้ารับบริการทำขาเทียม

โรงพยาบาล/หน่วยงาน..... จังหวัด .....

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....

อายุ ..... อาชีพ.....

สัญชาติ ..... เชื้อชาติ .....

เลขบัตรประชาชน .....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ ..... หมู่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

## 2. ข้อมูลเบื้องต้นในการเข้ารับบริการ

ถูกตัดขาเมื่อ ...../...../.....

สาเหตุการตัดขา

- อุบัติเหตุทางจราจร
- อุบัติเหตุอื่นๆ .....
- เหยียบกับระเบิด
- สาเหตุทางการแพทย์ .....
- พิกัดโดยกำเนิด

โรคประจำตัว .....

.....

.....

การใส่ขาเทียม  เคยใส่  ไม่เคยใส่

ระดับความพิการ

- ระดับข้อเท้า (Syme)
- ระดับใต้เข่า (BK)
- ระดับข้อเข่า (TK)
- ระดับเหนือเข่า (AK)
- ระดับอื่นๆ (ระบุ) .....

ความพิการ

- ข้างซ้าย  ข้างขวา  2 ข้าง

## 3. สิทธิการรักษาพยาบาล

เบิกต้นสังกัด  อนุเคราะห์

## 4. การวินิจฉัย.....

.....

แพทย์  สั่งทำ  สั่งซ่อม

ประเภทขาเทียม

- ขาเทียมระดับข้อเท้า (Syme)
- ขาเทียมระดับใต้เข่า (BK)
- ขาเทียมระดับข้อเข่า (TK)
- ขาเทียมระดับเหนือเข่า (AK)
- ขาเทียมระดับอื่นๆ (ระบุ) .....

การตรวจเท้า  ผ่าน

การตรวจแนว  ผ่าน

การตรวจหลังสวดยาม  ผ่าน

ซ่อมแซม .....

อื่นๆ .....

ลงชื่อผู้พิการรับขาเทียมและยินยอมเปิดเผยข้อมูล  
ส่วนบุคคลแก่มูลนิธิขาเทียมฯ เพื่อการเบิกจ่ายอุปกรณ์

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....

ลงชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....

\* หมายเหตุ : ผู้รับรอง คือหัวหน้างานหรือแพทย์ผู้รับผิดชอบ