

ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
เรื่อง เอกสารรับรองความพิการ

---

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ ประกอบกับมติคณะทำงานจัดทำคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการและความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๙ เห็นชอบเอกสารรับรองความพิการ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง เอกสารรับรองความพิการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับภายในสามสิบวันนับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ เอกสารรับรองความพิการ ให้ใช้แบบแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ให้แบบพิมพ์เอกสารรับรองความพิการฉบับที่ใช้อยู่ปัจจุบันใช้ต่อไปจนกว่าจะหมด

ประกาศ ณ วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางสาวสนธยา บุณยภูษิต)
อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เล่มที่.....เลขที่.....

# เอกสารรับรองความพิการ

ชื่อสถานพยาบาลที่ออกเอกสารรับรองความพิการ.....จังหวัด..... วัน..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นพ./พญ. ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ☐ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ☐ แพทย์เฉพาะทาง สาขา .....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส. ..... เลขประจำตัวประชาชน ..... ประเภทการตรวจ ☐ มาด้วยตนเอง ☐ Tele-medicine

| ประเภทความพิการ | กลุ่มความพิการ | ผลการประเมิน | | | ระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ | สาเหตุ/ระยะเวลา | สาเหตุความพิการ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ไม่พิการ | พิการ | ไม่ประเมิน | | | |
| **1.ประเภทความพิการทางการเห็น** (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า (ข้างที่ดีที่สุด)) | - ตาบอด<br>ระดับแย่กว่าหรือน้อยกว่า 3 ส่วน 60 เมตร หรือ 10 ส่วน 200 ฟุต จนถึงไม่สามารถรับแสงได้ หรือลานตาแคบกว่า 10 องศา | | | | ☐ ตาบอด ( ) ซ้าย ( ) ขวา<br>☐ ตาเลือนราง ( ) ซ้าย ( ) ขวา | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |
| | - ตาเลือนราง<br>ระดับแย่กว่าหรือน้อยกว่า 6 ส่วน 18 เมตร หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต จนถึง 3 ส่วน 60 เมตร หรือ 10 ส่วน 200 ฟุต หรือลานตาแคบกว่า 30 องศา ลงไปจนถึง 10 องศา | | | | | | |
| **2. .ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย** (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) | - หูหนวก<br>สูญเสียตั้งแต่ 80 dB HL ขึ้นไป | | | | ☐ หูหนวก ( ) ซ้าย..... dB HL<br>( ) ขวา..... dB HL<br>☐ หูตึง ( ) ซ้าย.....dB HL<br>( ) ขวา.....dB HL | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |
| | - หูตึง<br>สูญเสียน้อยกว่า 80 dB HL ลงมาจนถึง 40 dB HL (ผู้ใหญ่)<br>สูญเสียน้อยกว่า 80 dB HL ลงมาจนถึง 35 dB HL (เด็กไม่เกิน 15 ปี) | | | | | | |
| | - การสื่อความหมาย | | | | ☐ การสื่อความหมาย ระบุ ..... | | |
| **3. .ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย** | - การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า | | | | ☐ การเคลื่อนไหว<br>( ) ขาด ระบุ.....<br>( ) อ่อนแรง ระบุ.....<br>( ) อื่น ๆ ระบุ.....<br>☐ ร่างกาย ระบุ..... | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่นๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |
| | - ร่างกาย ศีรษะ ใบหน้า ลำตัว หรือภาพลักษณ์ภายนอก<br>*กรณี อวัยวะขาดต้องไม่สามารถหยิบจับสิ่งของในชีวิตประจำวันได้ | | | | | | |
| **4. .ประเภทความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม** | - กลุ่มโรคจิตเวช<br>*ICD 10 หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | | ☐ กลุ่มโรคจิตเวช.....<br>ระบุ .....<br>☐ กลุ่มโรคสมองเสื่อม.....<br>ระบุ ..... | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่นๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |
| | - กลุ่มโรคสมองเสื่อม | | | | | | |
| **5. .ประเภทความพิการทางสติปัญญา** | - ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา<br>*IQ < 70<br>หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | | ☐ พัฒนาการ .....<br>ระบุ .....<br>☐ สติปัญญา .....<br>ระบุ ..... | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |
| **6. .ประเภทความพิการทางการเรียนรู้** | - การเรียนรู้<br>*Specific Learning Disorder (SLD)<br>หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | | ☐ ระบุการเขียน.....<br>☐ ระบุการอ่าน.....<br>☐ ระบุการคำนวณ.....<br>☐ ระบุเรื่องอื่น..... | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |
| **7. .ประเภทความพิการออทิสติก** | - กลุ่มออทิสติก<br>*Autism spectrum disorder<br>*Pervasive developmental disorders | | | | ระบุ.....<br>.....<br>..... | ☐ ตั้งแต่เกิด<br>☐ ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน | ☐ พันธุกรรม ☐ โรคติดเชื้อ<br>☐ อุบัติเหตุทางถนน ☐ อุบัติเหตุจากการทำงาน<br>☐ อุบัติเหตุอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบสาเหตุ<br>☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... |

*** สรุปผลการวินิจฉัยโดยพิจารณาจากความพิการตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2568 ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน**

☐ **ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการทางการแพทย์ เพราะ**.....

**ความเห็น**

( ) ส่งต่อเพื่อประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ.....

( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อ.....

( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้าน ☐ การแพทย์ ☐ การศึกษา ☐ อาชีพ ☐ สังคม

☐ **มีความพิการ โดยระบุประเภทความพิการ**.....

**ความเห็น**

( ) ส่งต่อเพื่อออกบัตรประจำตัวคนพิการ

( ) ส่งต่อ ระบุ.....

( ) อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

สถานพยาบาลที่ออกเอกสารรับรอง