

แบบสำรวจ
การจัดบริการสำหรับคนพิการในสถานพยาบาล
(ระดับโรงพยาบาลชุมชน)

วันที่ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2557

คำชี้แจง การสำรวจครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง “การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ” ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ การสำรวจนี้รวบรวมข้อมูลจากสถานพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างในหลายจังหวัด เพื่อให้ทราบภาพรวมของระบบการจัดบริการสำหรับคนพิการในปัจจุบันของประเทศ หลังจากนั้นนำมาสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาในส่วนอื่นเพื่อหาข้อสรุปและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบหรือทางเลือกในการจัดระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับบริบทของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 27 ข้อประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 ระบบการจัดบริการสำหรับคนพิการและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และส่วนที่ 3 ข้อมูลการให้บริการ

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอความกรุณาท่านส่งแบบสอบถามไปยังผู้ประสานงาน

หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามนักวิจัยได้ที่

1. นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล โทร.: 095-953-8929 e-mail : suradech.d@hitap.net
2. นายธีระ ศิริสมุด โทร.: 086-090-7925 e-mail : teera.s@hitap.net

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เบอร์โทรศัพท์สำนักงานของคณะผู้วิจัย : 02-590-4374-5 โทรสาร : 02-590-4369

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสกุล.....
สังกัดโรงพยาบาล.....
ที่อยู่โรงพยาบาล เลขที่.....ถนน ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์มือถือ.....
E-mail.....

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง /ช่องว่าง และเติมข้อมูลในช่องว่าง หากไม่มีข้อมูล ใส่เครื่องหมาย -

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

1. ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....			
2. จำนวนเตียง.....เตียง			
3. โรงพยาบาลระดับ <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
4. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) <input type="checkbox"/> 1. ได้รับการรับรอง ระดับสูงสุดขั้นที่.....เมื่อปี พ.ศ. <input type="checkbox"/> 0. ยังไม่ได้รับการรับรอง			
5. จำนวนแพทย์ทำงานเต็มเวลา (ไม่นับรวมนักศึกษาแพทย์)	จำนวนทั้งหมด..... คน		
6. บุคลากรในโรงพยาบาลที่ทำงานด้านคนพิการ (ไม่มี ระบุ 0 หรือเครื่องหมาย...)			
6.1 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวน.....คน		
6.2 นักกายภาพบำบัด	จำนวน.....คน		
6.3 พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวน.....คน		
อื่นๆ ระบุ			
6.4.1	จำนวน.....คน		
6.4.2	จำนวน.....คน		
6.4.3	จำนวน.....คน		
7. โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่รับผิดชอบหรือไม่ <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี (ข้ามไปข้อ 9) <input type="checkbox"/> 1. ยังไม่มี (คาดว่าจะมี ปีพ.ศ.) ข้ามไปข้อ 9 <input type="checkbox"/> 2. มี			
8. ท่านคิดว่าจำนวนคนพิการในฐานข้อมูลดังกล่าวครอบคลุมคนพิการทั้งหมดแล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ครอบคลุมร้อยละ 100 <input type="checkbox"/> 2. ไม่ครอบคลุมทั้งหมด โดยครอบคลุมประมาณร้อยละ			
9. รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ			
ประเภท	บริการผู้ป่วยนอก	บริการผู้ป่วยใน	บริการในชุมชน*
9.1 การเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
9.2 การได้ยินและการสื่อความหมาย	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
9.3 การเห็น	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
9.4 สติปัญญา	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
9.5 จิตใจ/พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
9.6 การเรียนรู้	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
*บริการในชุมชน หมายถึง การจัดการบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เช่น ทำกายภาพบำบัด กิจกรรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด ฟื้นฟูการได้ยิน การเห็น การทำ early intervention เป็นต้น โดยบุคลากรหรือทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน			

ส่วนที่ 2 ระบบการจัดบริการสำหรับคนพิการและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

10. โรงพยาบาลได้อำนวยความสะดวกให้กับคนพิการดังต่อไปนี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี	2.ไม่จำเป็นต้องมี
10.1 มีช่องทางพิเศษให้บริการเฉพาะ (Fast track)			
10.2 ห้องน้ำที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้			
10.3 ทางลาด			
10.4 ลิฟต์ที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้			
10.5 ที่จอดรถเฉพาะสำหรับคนพิการ			
10.6 ทางเดินที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้			
10.7 อื่นๆ ระบุ.....			
11. โรงพยาบาลมีบริการตรวจประเมินความพิการเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี	
11.1 การเคลื่อนไหว			
11.2 การได้ยินหรือสื่อความหมาย			
11.3 การเห็น			
11.4 สติปัญญา			
11.5 จิตใจหรือพฤติกรรม			
11.6 การเรียนรู้			
12. โรงพยาบาลมีบริการตรวจประเมินความพิการเพื่อให้กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี	
12.1 อุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว			
12.2 อุปกรณ์เครื่องช่วยการได้ยิน			
12.3 อุปกรณ์เครื่องช่วยการสื่อความหมาย			
12.4 อุปกรณ์เครื่องช่วยการมองเห็น			
12.5 อุปกรณ์เครื่องช่วยส่งเสริมพัฒนาการและทักษะด้านที่บกพร่อง			

13. ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลมีบริการตรวจประเมินความพิการเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการและให้กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ นอกโรงพยาบาลรวมทั้งในชุมชนหรือไม่

0. ไม่มี
1. มี จำนวน.....ครั้ง

14. โรงพยาบาลตรวจประเมินในประเด็นต่อไปนี้ ก่อน-หลังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบผู้ป่วยในหรือไม่

	ก่อนให้บริการ	หลังให้บริการ
14.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
14.2 ความสามารถในการเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
14.3 ความสามารถในการขับถ่าย	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี
14.4 ประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี	<input type="checkbox"/> 0.ไม่มี <input type="checkbox"/> 1.มี

15. การตรวจประเมินก่อน-หลังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในข้อ 14 ใช้เครื่องมือเหล่านี้หรือไม่

● เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning)	0.ไม่ใช้	1.ใช้
15.1 Bathel Index (BI)		
15.2 Function Independent Measure (FIM)		
15.3 Short Form 36 (SF -36)		
15.4 The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC)		
15.5 เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง		
15.6 เครื่องมืออื่นๆ ระบุ.....		
● เครื่องมือประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive function)	0.ไม่ใช้	1.ใช้
15.7 Mini-Mental State Examination (MMSE)		
15.8 Chula Mental Test		
15.9 Short Form 36 (SF -36)		
15.10 The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC)		
15.11 เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง		
15.12 เครื่องมืออื่นๆ ระบุ.....		

16. โรงพยาบาลได้รับงบประมาณและจัดหากายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ จากช่องทางเหล่านี้หรือไม่

16.1 เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (สปสช., สวัสดิการข้าราชการฯ, ประกันสังคม)	<input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> 1.ใช้
16.2 เป็นหน่วยผลิตกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ บางประเภท	<input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> 1.ใช้
16.3 ได้รับความสนับสนุนจากมูลนิธิฯ วิทยาลัย หรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น กาชาดจังหวัด, องค์การพัฒนาเอกชน (NGO; Non-Governmental Organization)	<input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> 1.ใช้
16.4 ได้รับความสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น พมจ. อบต. อบจ.	<input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> 1.ใช้
16.5 ได้รับความสนับสนุนจากประชาชน/ภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> 1.ใช้

17. ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลได้รับงบประมาณจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากแหล่งต่างๆ เป็นสัดส่วนโดยประมาณเท่าใดของงบประมาณทั้งหมด

- 17.1 สปสช. ร้อยละ
- 17.2 กรมบัญชีกลาง ร้อยละ
- 17.3 สำนักงานประกันสังคม ร้อยละ
- 17.4 อื่นๆ ระบุ..... ร้อยละ

18. โรงพยาบาลเตรียมความพร้อมให้กับคนพิการหรือผู้ดูแล ก่อนมอบกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ให้กับคนพิการ ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี
18.1 แนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งาน		
18.2 ทดสอบและประเมินการใช้งาน		
18.3 ปรับแก้อุปกรณ์ฯ ก่อน หากไม่เหมาะสมกับคนพิการ		
18.4 แนะนำวิธีการดูแล ซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ เบื้องต้น		
18.5 อื่นๆ ระบุ.....		

19. โรงพยาบาลให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
19.1 การทำกายภาพบำบัด			
19.2 บำบัดโปรแกรม orientation & mobility training คนตาบอด			
19.3 ฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ			
19.4 อื่นๆ ระบุ			
19.4.1.....	
19.4.2.....	
19.4.3.....	
20. โรงพยาบาลมีวิธีติดตามการใช้งานกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
20.1 เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลหรือตัวแทน เช่น อสม./อสมส.ติดตามการใช้งานที่บ้านคนพิการ			
20.2 ส่งจดหมาย/โทรศัพท์สอบถาม			
20.3 นัดหมายมาที่โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ			
20.4 ติดตามผ่าน กล้องรับเรื่องร้องเรียน/facebook /line/e-mail			
21. โรงพยาบาลมีการแก้ไขปัญหา กรณีต้องปรับกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ สำหรับแต่ละบุคคลหรือเมื่อเกิดความชำรุด อย่างไรบ้าง	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
21.1 เบิกให้ใหม่			
21.2 โรงพยาบาลจัดซ่อม/ปรับแก้เอง			
21.3 ส่งให้สถานพยาบาลอื่น ซ่อม/ปรับแก้			
21.4 ส่งให้เอกชนหรือสถาบันการศึกษาเป็นผู้ซ่อม/ปรับแก้			
21.5 คนพิการเป็นผู้จัดหาสถานที่และซ่อมบำรุงเอง			
21.6 อื่นๆระบุ.....			
22. ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
22.1 ได้รับงบสนับสนุนล่าช้า			
22.2 งบประมาณไม่เพียงพอ			
22.3 คนพิการร้องเรียนเนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของสิทธิประโยชน์			
22.4 คนพิการร้องเรียนเรื่องหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน			
22.5 ถูกร้องเรียนจากคนพิการในเรื่องความล่าช้าของการได้รับกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ			

22. ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี
22.6 ขาดแคลนบุคลากร เช่น ช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด		
22.7 สถานที่เก็บค้ำแคบ/ไม่มีที่เก็บ		
22.8 ไม่มีบริการซ่อมบำรุงกายอุปกรณ์		
22.9 ไม่มีบริการซ่อมบำรุงอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ		
22.10 ขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล		
22.11 ระบบบันทึกข้อมูล ยุ่งยาก ซับซ้อน		
22.12 ปัญหาอื่นๆ ระบุ		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการให้บริการ

23. จำนวนการให้บริการคนพิการ ปีงบประมาณ 2556 (หากไม่มีบริการ ให้ทำเครื่องหมาย -)

23.1 ผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น	ครั้ง**	คน**
- การเคลื่อนไหว		
- การได้ยินหรือสื่อความหมาย		
- การเห็น		
- สติปัญญา		
- จิตใจหรือพฤติกรรม		
- การเรียนรู้		
23.2 ผู้ป่วยใน แบ่งเป็น		
- การเคลื่อนไหว		
- การได้ยินหรือสื่อความหมาย		
- การเห็น		
- สติปัญญา		
- จิตใจหรือพฤติกรรม		
- การเรียนรู้		
23.3 บริการในชุมชน* แบ่งเป็น		
- การเคลื่อนไหว		
- การได้ยินหรือสื่อความหมาย		
- การเห็น		
- สติปัญญา		
- จิตใจหรือพฤติกรรม		
- การเรียนรู้		

หมายเหตุ

*บริการในชุมชน หมายถึง การจัดการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เช่น ทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด ฟื้นฟูการได้ยิน การเห็น การทำ early intervention เป็นต้น โดยบุคลากรหรือทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน

24. จำนวนคนพิการที่มารับบริการและความจำเป็นในการใช้กายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ในปีงบประมาณ 2556

ประเภทความพิการ	สิทธิการรักษาพยาบาล*	จำนวนคนพิการ (คน) *	กายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ*	
			จำเป็น (คน)	ได้รับ (คน)
การเคลื่อนไหว	ท.74			
	ข้าราชการ			
	ประกันสังคม			
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	ท.74			
	ข้าราชการ			
	ประกันสังคม			
การมองเห็น	ท.74			
	ข้าราชการ			
	ประกันสังคม			
สติปัญญา	ท.74			
	ข้าราชการ			
	ประกันสังคม			
จิตใจหรือพฤติกรรม	ท.74			
	ข้าราชการ			
	ประกันสังคม			
การเรียนรู้	ท.74			
	ข้าราชการ			
	ประกันสังคม			

* โปรดจำแนกข้อมูลตามตาราง หากจำแนกจำนวนคนพิการและความจำเป็นในการใช้กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ตามสิทธิ์ไม่ได้ ให้ระบุเป็นจำนวนรวมทุกสิทธิ์ในบรรทัดสิทธิ์ ท.74 และระบุว่า "จำแนกไม่ได้" ในบรรทัดต่อมา

25. จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านอื่นๆ สำหรับคนพิการในปีงบประมาณ 2556 (หากไม่มีบริการ ให้ทำเครื่องหมาย -)

การให้บริการ	ไม่มี	ครึ่ง	คน
25.1 กายภาพบำบัด			
25.2 กิจกรรมบำบัด			
25.3 พฤติกรรมบำบัด			
25.4 จิตบำบัด			
25.5 ฟื้นฟูการเห็น			
25.6 ประเมิน/แก้ไขการพูด			
25.7 ฟื้นฟูการได้ยิน			
25.8 Early Intervention			
25.9 Phenolblock			
25.10 อื่นๆ ระบุ.....			
25.11 อื่นๆ ระบุ.....			

26. โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประเภทใดบ้าง มีเพียงพอหรือไม่

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ		
	0. ไม่มีบริการ	1. มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
1. เครื่องช่วยการมองเห็นสำหรับคนสายตาทิการ (Visual aids)			
2. แว่นขยายแบบมือถือชนิดพกพาที่มีแสงไฟในตัว			
3. กล้องส่องดูไกลแบบตาเดียวหรือแบบสองตา			
4. เลนส์ขยาย แบบที่ใช้วางทับบนวัตถุ			
5. แว่นตาแบบครึ่งตาชนิดมีปริซึม			
6. เลนส์ขยายแบบวางตั้ง ชนิดไม่มีไฟ			
7. แว่นขยายแบบปรับทิศทางชนิดไม่มีไฟ			
8. ชูดประสาทหูเทียม (Cochlear implant)			
9. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี			
10. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่			
11. ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve)			
12. เครื่องช่วยพูด			
13. สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง			
14. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดหัวนิ้ว มีระบบการใช้งาน			
15. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดหัวนิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน			
16. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ			
17. แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดหัวนิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ			
18. แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ			
19. แขนเทียมชนิดไหลหรือแนบไหล่ ส่วนปลายชนิดหัวนิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ			
20. แขนเทียมระดับเหนือศอก แบบ 5 นิ้ว เหมือนของจริง ระบบใช้งานได้			
21. เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)			
22. เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)			
23. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)			
24. เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) หรือค่าซ่อม			
25. สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย) หรือค่าซ่อม			
26. ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)			
27. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก			
28. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน			
29. ขาเทียมระดับข้อเข่า			
30. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก			
31. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน			
32. ขาเทียมระดับสะโพก แขนนอก			
33. ขาเทียมระดับสะโพก แขนใน			
34. เข่าเทียมที่ต้องใส่กับขาเทียมแบบต่างๆ			
35. เบ้าขาเทียมใต้เข่า			
36. เบ้าขาเทียมระดับเข่า			

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ		
	0. ไม่มีบริการ	1. มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
37. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า			
38. เบ้าขาเทียมระดับสะโพก			
39. สายเข็มขัดเทียม			
40. แป้นสายเข็มขัด			
41. โลหะตามขาภายนอก - เด็กเล็ก ตามข้อเข่า (Knee-orthosis)			
42. โลหะตามขาภายนอก - ขาเด็ก ขนาดกลางตามข้อเท้า (Knee-orthosis)			
43. โลหะตามขาภายนอก - ขาขนาดใหญ่ ตามข้อเข่า (Knee-orthosis)			
44. PTB brace			
45. ที่คลุมเข่า Knee pad			
46. ไม้ค้ำยันรึกรั้วแบบอลูมิเนียม			
47. ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา			
48. ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม			
49. ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior wheel walker)			
50. ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior wheel walker)			
51. รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก			
52. รองเท้าคนพิการขนาดกลาง			
53. รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่			
54. รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ			
55. รองเท้าเสริมฝ่าเท้าและสันเท้า			
56. ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ			
57. รองเท้าเสริมส่วนหน้า			
58. รองเท้าตัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการขาที่เท้าหรือเท้าผิดปกติ			
59. แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่			
60. แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก			
61. เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า			
62. T-strap			
63. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้			
64. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้			
65. เบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการ			
66. ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยอัมพาต			
67. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 1 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)			
68. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 1 ปี			
69. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-2 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)			
70. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-2 ปี			
71. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-3 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)			
72. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-3 ปี			
73. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-4 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)			

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ		
	0. ไม่มีบริการ	1. มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
74. ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-4 ปี			
75. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 4-5 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)			
76. ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 4-5 ปี			
อุปกรณ์อื่นๆ			
1.....			
2.....			
3.....			
4.....			
5.....			

27. ในระดับการบริการของโรงพยาบาลของท่าน ท่านเห็นว่าควรมีรายการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติมใดบ้าง และควรมีราคากลางเท่าใด

- ชื่ออุปกรณ์ ราคาไม่เกิน บาท
- ชื่ออุปกรณ์ ราคาไม่เกิน บาท
- ชื่ออุปกรณ์ ราคาไม่เกิน บาท
- ชื่ออุปกรณ์ ราคาไม่เกิน บาท
- ชื่ออุปกรณ์ ราคาไม่เกิน บาท

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

“โปรดตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบทุกข้ออีกครั้ง”