



ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓)

| กิจกรรม  | ทำเองได้ | ทำได้แต่มีผู้อื่นช่วย | ทำไม่ได้ |
|--|----------|-----------------------|----------|
| ๑. การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด)      |          |                       |          |
| ๒. การใช้ห้องส้วม (ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำหรือกดชักโครก) |          |                       |          |
| ๓. การอาบน้ำด้วยตนเอง                                    |          |                       |          |
| ๔. การแต่งตัว (สวมและถอดเสื้อผ้า)                        |          |                       |          |
| ๕. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ                               |          |                       |          |
| ๖. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ                               |          |                       |          |
| ๗. การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้           |          |                       |          |
| ๘. การเดินบนพื้นราบ                                      |          |                       |          |
| ๙. การใช้รถเข็น  |          |                       |          |
| ๑๐. การขึ้น-ลงบันได                                      |          |                       |          |
| ๑๑. การรับประทานอาหาร                                    |          |                       |          |

สรุปภาพรวมของความพิการ  ค่อนข้างหนัก  หนัก  หนักมาก

ความต้องการอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดูแลตนเอง (โปรดระบุอย่างละเอียด).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล  
(.....)