**แบบสำรวจความต้องการสิ่งประดิษฐ์สำหรับคนพิการ**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**

**โครงการพัฒนาศักยภาพคนพิการ : พัฒนาสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมสำหรับคนพิการ**

**มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขต** .............................................................................................

**ข้อมูลทั่วไป**

1. ชื่อ – สกุล............................................................................................................................................................
2. เพศ.............................อายุ.........................ปี
3. ที่อยู่.....................................................................................................................................................................
4. เบอร์โทรศัพท์…………………………………………………………อีเมล์……………………………………………….......................
5. อาชีพ...................................................................................................................................................................
6. ผู้ดูแลหลัก......................................................................มีความสัมพันธ์เป็น.......................................................
7. เบอร์โทรศัพท์ (ผู้ดูแลหลัก)…………………………………………………………อีเมล์………………………………………………...

**ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว**

1. โรคประจำตัว…………………………………………………………………………………………………………………………...............
2. แผลกดทับ 🞏 ไม่มี 🞏 มี บริเวณ.........................................................................................................
3. ข้อติด 🞏 ไม่มี 🞏 มี บริเวณ.........................................................................................................
4. ลักษณะความบกพร่อง (กรุณาแนบภาพถ่าย)......................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

**ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓)**

| **กิจกรรม** | **ทำเองได้** | **ทำได้แต่มีผู้อื่นช่วย** | **ทำไม่ได้** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด)
 |  |  |  |
| 1. การใช้ห้องส้วม (ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำหรือกดชักโครก)
 |  |  |  |
| 1. การอาบน้ำด้วยตนเอง
 |  |  |  |
| 1. การแต่งตัว (สวมและถอดเสื้อผ้า)
 |  |  |  |
| 1. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ
 |  |  |  |
| 1. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ
 |  |  |  |
| 1. การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 |  |  |  |
| 1. การเดินบนพื้นราบ
 |  |  |  |
| 1. การใช้รถเข็น
 |  |  |  |
| 1. การขึ้น-ลงบันได
 |  |  |  |
| 1. การรับประทานอาหาร
 |  |  |  |

**สรุปภาพรวมของความพิการ** 🞏 ค่อนข้างหนัก 🞏 หนัก 🞏 หนักมาก

 **ความต้องการอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดูแลตนเอง** (โปรดระบุอย่างละเอียด)……………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ลงชื่อ.................................................................................ผู้ให้ข้อมูล

(..........................................................................)

......................../.................../......................