แบบสำรวจความต้องการสิ่งประดิษฐ์สำหรับคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2558

โครงการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมสำหรับคนพิการ (ต่อยอด)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ร่วมกับ .....

จังหวัด.....

<u>ข้อมูลทั่วไป</u>

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

<u>ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว</u>

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)			
2. การใช้ห้องส้วม (ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำหรือกดชักโครก)			
3. การอาบน้ำด้วยตนเอง			
4. การแต่งตัว (สวมและถอดเสื้อผ้า)			
5. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ			
6. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ			
7. การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้			
8. การเดินบนพื้นราบ			
9. การใช้รถเข็น			
10.การขึ้น-ลงบันได			
11.การรับประทานอาหาร			

สรุปภาพรวมของความพิการ ☐ ค่อนข้างหนัก ☐ หนัก ☐ หนักมาก

ความต้องการอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดูแลตนเอง (โปรดระบุอย่างละเอียด).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)