



เลขทะเบียน.....

ผู้ส่งเรื่องวันที่ เดือน พ.ศ.

1

ชื่อ - สกุลอายุปี เพศ () ชาย () หญิง

วันเดือนปีเกิด.....สัญชาติศาสนา

เป็นบุตรคนที่ในจำนวนพี่น้องคน ชายคน หญิงคน

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่หมู่ที่..... ตรอก/ซอยถนน

ตำบล / แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....สถานที่ใกล้เคียง

สาเหตุการเป็นปัญญาอ่อน () กรรมพันธุ์ () สิ่งแวดล้อม () ชีวภาพที่เกิดจากการคลอดการติดเชื้อต่างๆ

() ข้อมูลอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด เช่น

.....

ลักษณะอาการของบุคคลปัญญาอ่อน

การเจริญเติบโต () ปกติ () ช้า () อื่นๆ

มีความพิการอื่นร่วมด้วย () มี

() ไม่มี

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

() เคย ด้าน

() ไม่เคย

การช่วยเหลือตนเอง

() ได้

() ไม่ได้

พฤติกรรม () ปกติ () เฉื่อยชา () ก้าวร้าว () แยกตัวเองออกจากสังคม

() อารมณ์ร้าย () เรียกร้องความสนใจ () กระตือรือร้น () ถอนตัว

() ปัสสาวะรดที่นอน () สิ้น () อยู่ไม่สุข () ดุดัน () กัดเล็บ

() นอนกัดฟัน () นอนละเมอ () อื่นๆ

ระดับเชาว์ปัญญา (IQ)

() ปัญญาอ่อนที่สุด (IQ ต่ำกว่า 20)

() ปัญญาอ่อนมาก (IQ 20 – 34)

() ปัญญาอ่อนค่อนข้างมาก (IQ 35 – 49)

() ปัญญาอ่อนปานกลาง (IQ 50 – 69)

การเจ็บป่วยอื่นๆ

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

การประกอบอาชีพ (กรณีสามารถประกอบอาชีพได้)

อาชีพรายได้

2

จำนวนสมาชิกครอบครัวในคน คือ

ที่	ชื่อ – สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	การศึกษา/ อาชีพ	รายได้	หมายเหตุ
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

ความสัมพันธ์ในครอบครัว () บิดา – มารดา อยู่ร่วมกัน () แยกกันอยู่ () หย่า

ผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้พิการทางสติปัญญา () บิดา – มารดา () บิดา () มารดา () ญาติพี่น้อง

ชื่อ – สกุลอายุปี อาชีพรายได้บ.

ที่อยู่เบอร์ติดต่อ

_____ 3 ! " #"

() บ้านตนเอง () บ้านญาติ () บ้านเช่า

สภาพแวดล้อม

_____ 4 % &

() ปัญหาสุขภาพอนามัย

() ปัญหาเศรษฐกิจ

() ปัญหาสังคม

() ปัญหาครอบครัวและการเลี้ยงดู

() ปัญหาอื่นๆ

_____ 5 () % *

() ให้คำปรึกษา.....

() ให้การสงเคราะห์ – การเงินค่า

- สิ่งของ

- อื่นๆ

() ส่งต่อขอความช่วยเหลือเรื่อง

จาก

_____ 6 *, (.)

การจดทะเบียนคนพิการ () จดแล้วเมื่อปี พ.ศ. () ยังไม่จด

สวัสดิการสังคมที่ได้รับ

ผู้บันทึกประวัติ

ตำแหน่ง.....

วันที่/...../.....

รายงานการเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ชื่อ – สกุล บุคคลปัญญ่อ่อน

2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ชื่อหมู่บ้าน (ถ้ามี)

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

3. ลักษณะที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

.....

4. สภาพครอบครัว

.....

5. ปัญหาที่พบ

.....

6. แนวทางแก้ไขปัญหา

.....

7. อื่นๆ

แผนที่แสดงที่ตั้งที่อยู่อาศัย

ผู้เยี่ยมบ้าน.....

ตำแหน่ง

" " 0 () % *

เลขทะเบียนชื่อ-สกุลอายุปี

ครั้งที่	ว.ด.ป.	เรื่องที่ติดตาม	ผลการประเมิน	ข้อคิดเห็นเสนอแนะ

