

# สำเนาฉบับ



ที่ นม ๓๘๐๐๑/๑๗๑

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเอง  
อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๑๐

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

อ้างถึง หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๑๑๓๔ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมฯ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. เอกสารประกอบฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่อ้างถึง กระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๑๑ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติระเบียบดังกล่าวในการให้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ นั้น

องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเอง ได้รับแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมฯ ในการขอความช่วยเหลือค่าเดินทางเพื่อรับการรักษาพยาบาล (พอกไต) เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้ป่วยยากไร้ องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเอง จึงขอส่งเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องตามสิ่งที่ส่งมาด้วย เพื่อให้ท่านพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญชู ศรีโพธิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเอง

สำนักงานปลัด อบต.

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐-๔๔๙๖-๕๔๕-๓

มีงงพค  
24/3/66

..... วันที่ ๑ มี.ค. ๖๖  
..... วันที่ .....

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่ ..... ปี .....

เลขที่แบบบันทึก ..... วันที่รับเรื่อง .....

การเข้ารับบริการ  Walk in  ออกหน่วยเคลื่อนที่  สำรอง  รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก .....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง ..... ตำแหน่ง .....



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม  
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ชื่อ พรม นามสกุล งามใจ

เลขที่บัตรประชาชน ๙-๙๐๑๕-๐๐๔๕๐-๕๔-๗ กรณีไม่มีเนื่องจาก .....

วัน/เดือน/ปีเกิด - 2185 อายุ 81 ปี เพศ  ชาย  หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา ..... ระดับการศึกษาสูงสุด .....

บ้านเลขที่ 126 หมู่ที่ 17 ชื่อหมู่บ้าน มดดินฟ้า 1๐๘ ตรอก .....

ซอย ..... ถนน ตำบล/แขวง หนองบัวคนเฒ่า .....

อำเภอ/เขต ฝาย จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30110 .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... โทรศัพท์มือถือ 098-1080917 .....

e-Mail ..... ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำร้อง .....

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม (นายพรม งามใจ)

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ชื่อ พรม นามสกุล งามใจ

เลขที่บัตรประชาชน ๙-๙๐๑๕-๐๐๔๕๐-๕๔-๗ กรณีไม่มีเนื่องจาก .....

วัน/เดือน/ปีเกิด - 2185 อายุ 81 ปี เพศ  ชาย  หญิง

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พหุ .....

สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  ฝาย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน ..... กรณีไม่มีเนื่องจาก .....

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ ..... นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี

มารดา ชื่อ ..... นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะเด็ก  ปู่  ย่า  ตา  ยาย  ลุง  ป้า  น้า  อา  ไม่มีความสัมพันธ์  อื่นๆ .....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา  หอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ .....

มารดา  หอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ .....

### 5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

### 6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

#### 6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่วร้อน

#### 6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ติดยาเสพติด
- โรคมึนเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

#### 6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

#### 6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขอลาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ		บัญชีท้ายระเบียบมูลค่าที่
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)		
<input type="checkbox"/>	.....ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>	.....เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>	.....เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>	.....ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/>	.....ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
<input type="checkbox"/>	.....อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
<input type="checkbox"/>	.....ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/>	.....ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/>	.....ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/>	.....ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/>	.....ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/>	.....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
<input type="checkbox"/>	.....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
<input type="checkbox"/>	.....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
<input checked="" type="checkbox"/>	.....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	2
<input type="checkbox"/>	.....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	3
<input type="checkbox"/>	.....เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>	.....เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>	.....ค่าอาหาร	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>	.....ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>	.....ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>	.....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอตส์/ผู้ติดเชื้อเอตส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/>	.....ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	9,10,11
<input type="checkbox"/>	.....อื่นๆ ระบุ .....	9,10,11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)		
<input type="checkbox"/>	..... เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม	
<input type="checkbox"/>	..... อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> ..... อาหาร <input type="checkbox"/> ..... เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> ..... นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ..... ยารักษาโรค	
<input type="checkbox"/>	..... อื่นๆ ระบุ .....	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ		
<input type="checkbox"/>	.....ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input checked="" type="checkbox"/> ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ..... ติดตามหาญาติ	
<input type="checkbox"/>	.....เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/>	.....แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย	
<input type="checkbox"/>	.....นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต	
<input type="checkbox"/>	.....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม	
<input type="checkbox"/>	.....ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก	
<input type="checkbox"/>	.....ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/>	.....ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
<input type="checkbox"/>	.....ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
<input type="checkbox"/>	.....อื่นๆ ระบุ .....	

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล ชินทร์จิต ใส้มา ตำแหน่ง ศึกษานิเทศก์

หน่วยงาน อ.ม.ต. ชิดลม ส.บ.๗๗๑๐๖

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม วศุภกรม ช่อใจ

บ้านเลขที่ 126 ม. 19 ต. ชิดลม ส.บ.๗๗๑๐๖ อ. ชิดลม จ. นครราชสีมา

สภาพที่อยู่อาศัย

มั่นคง ปลอดภัย

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

ขาดแคลนสภาพแวดล้อมที่ดีในครอบครัว โรงพยาบาล

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

เห็นควรส่ง ร.น. ส่งงาน พ.น. ในครอบครัว ให้โรงพยาบาล

ลงชื่อ [ลายเซ็น] ผู้เยี่ยมบ้าน

( นางสาวนันท์นิตา เสมอ )

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน

ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ (ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอร้อง หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อสม.)

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

ยินยอมให้โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

1. รับผิดชอบ/มอบอำนาจรับแทน

ลงชื่อ.....

เงินสด  เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ - นามสกุล..... ผู้รับแทน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร  โอนเข้าบัญชี  พร้อมเพย์ (Prompt Pay)  KTB Corporate Online  e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน นายพรหม ใจบุญ

เลขที่บัตรประชาชน ๙-๙๐๑๕-๐๐๑๕๐-๕๑-๗ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๐๘๐๑๗

เลขที่บัญชี ๒๒๒-๙-๗๑๙๘๑-๕ ชื่อบัญชี นายพรหม ใจบุญ

ธนาคาร กบข.ไทย สาขา พิจิตร

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับผิดชอบเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน..... จังหวัด.....

- ..... ส่งไปทำกายภาพบำบัด  ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด  ..... ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง
- ..... ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์  ..... ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ  ..... จัดหาอาชีพ
- ..... อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ  ..... ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ  ..... ติดตามหาญาติ

..... ที่อยู่อาศัย/ที่พำนัก  ..... อื่นๆ ระบุ.....

..... ระบุข้อความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

ตย. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

พก. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

พส. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

ผส. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

สค. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

กคช. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

พอช. หน่วยงาน.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด.....  เงิน.....  สิ่งของ ระบุ.....

อบต./เทศบาล/อำเภอ.....  เงิน.....  อื่นๆ ระบุ.....

มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย.....  เงิน.....  อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ.....  เงิน.....  อื่นๆ ระบุ.....

สำนักงานองคมนตรี.....  เงิน.....  อื่นๆ ระบุ.....

เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... บาท

บัญชีการรับสิ่งของ

ประกอบการอนุมัติที่.....

ลงวันที่

จำนวน

บาท

หน่วยงาน.....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขบัตรประชาชน	ที่อยู่ปัจจุบัน			จำนวนสิ่งของ (ชุด)	ลายมือชื่อ ผู้รับสิ่งของ
			เลขที่	หมู่ที่/ซอย	ตำบล		

ลงชื่อ ..... ผู้มอบ

ลงชื่อ ..... พยาน

ลงชื่อ ..... พยาน

วันที่ให้ข้อมูล

หมายเหตุ : รายการสิ่งของ ๑ ชุด ประกอบด้วย ..... มูลค่ารวม .....

บาท



# รพ.พิมาย

เลขที่ 32360

กระทรวงสาธารณสุข  
138 ถนนพิมาย-ตลาดแค ตำบลในเมือง อำเภอพิมาย จังหวัด นครราชสีมา 30110  
โทร. (044) 471-511  
**ใบรับรองแพทย์**

วันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า..... พญ.ศศิธร วงศ์รัตนกร.....แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง ใบอนุญาตประกอบ

ศิลปะเลขที่ ๖๔๔๔๑๑.....ขอรับรองว่า นายพรม ชอบใจ.....อายุ 81.....ปี

เลขที่ทั่วไป 0055928.....ได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลพิมาย และแพทย์มีความเห็นดังนี้

การวินิจฉัยโรค.....ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ให้การรักษา.....ฟอกเลือดตามนัด

ความเห็น  ได้มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพิมาย วันที่ 26 มกราคม 2566 จริง

เห็นสมควรให้หยุดพักที่บ้านเป็นเวลา 1.....วัน ตั้งแต่วันที่ 26/01/2566 ถึงวันที่ 26/01/2566.....

อื่น ๆ .....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา..... พญ. ศศิธร วงศ์รัตนกร

(..... พญ.ศศิธร วงศ์รัตนกร.....)



Name: สมชาย วัฒน Age: 80 yrs.  
 Date: 11.28.2016 Duration: 4 hr.  
 HN: 0007829 Time Start: 10:00 Time off: 14:00 HD NO: 34

HEMODIALYSIS WORK SHEET

Pre-dialysis assessment

- Diety  Y  N
- Disturbance  Y  N
- Dyspnea  Y  N
- Fever  Y  N
- Chest pain  Y  N
- Headache  Y  N
- Nausea/Vomitting  Y  N
- Diarrhea  Y  N
- Anorexia  Y  N
- Prolong bleeding  Y  N
- Itching  Y  N
- Engorged neck vein  Y  N
- Pale Hct 23 %  Y  N
- Edema  Y  N
- Constipation  Y  N
- Urine.....cc/day  Y  N
- Other.....

Last wt.....50 kg.  
 Pre BW.....52 kg.  
 Dry BW.....49.5 kg.  
 Wt. Gain.....3.3 kg.  
 Target UF.....4.0 kg.  
 Post BW.....51.9 kg.  
 Wt. Loss.....2.1 kg.

VASCULAR ACCESS.

LT  RT  
 AVF  AVG  
 DLC  Perm cath

BFR.....200 ml/min  
 AV Fistula Needle No: 17  
 Thrill + Bruit  Y  N  
 Inflammation  Y  N  
 Other.....

Hemodialysis Prescription.

Machine.....B BRAUN.....No. 8  
 Dialyzer.....HPS20  
 Sqm<sup>2</sup>/Kuf.....20  
 TCV (New) / 80% TCV 94 / 75  
 Use No.....9  
 Last TCV.....90 ml.  
 Test Leak  Blood line...NEW...  
 Dialysate Flow.....500 ml / min.  
 Dialysate Temp.....36 °C

ANTICOAGULANT  
 Heparin  LMWH  
 Total Heparin 2500 unit  
 Loading 1000 unit start  
 Maintenance 1500 unit/...3...hr  
 Heparin reir.....unit  
 No Heparin  
 NSS flush.....ml/ηη.....min  
 Time.....

DIALYSATE  
 K<sup>+</sup>.....2 mEq / L  
 Ca<sup>2+</sup>.....2.5 mEq / L  
 UF Pro.  
 Na Variation Pro.  
 Na start.....mEq / L  
 Na Cone.....Off.....mEq / L  
 Other.....

PRE HD NOTE  
 POST HD: No complication  
 PRE HD: ปรับยา  
ปรับยา Dialysate 97.1  
 Setting HD 94  
 Plan UF 4.0 / 110 / 94  
หม่อมราชวงศ์

Time	BP	PR	RR	BFR	VP	TMP	UFR	Conduct	Total UF	Remark
	mmHg.	ml/mm.	ml/min.	ml/min.	mmHg.	mmHg.	ml/hr.	MS/cm.	ml.	
	160/70	76	24							Pre HD.
10:00	155/70	76	20	200	115	50	925	14.3		Start HD, BT <u>36.2</u> °C
10:30	155/70	78	20	200	117	50	935	14.3	485	
11:00	154/70	76	20	200	120	55	945	14.3	950	
11:30	135/60	80	20	200	130	55	955	14.3	1320	
12:00	124/62	80	20	200	151	55	960	14.3	1960	
12:30	119/73	72	20	200	60	60	980	14.3	2880	↓ UF 3L (P) 110/94
13:00	110/70	70	20	200	50	60	980	14.3	3000	
13:30	108/70	64	20	200	56	60	970	14.7	2000	
14:00	107/70	60	20	200					3000	off HD
	105/70	72	20	200						125-70
NSS		50 % Glucose	PRC	unit	Extra fluid	Total fluid replacement	Total UF	Net. Fluid balance.		
.....ml.		.....ml.	.....ml.	.....ml.	.....ml.	.....ml.	3000	3000		

POST HD NOTE.....  
HD 97.1 = no no complication

Complication	Technical Complication	Health Education.	Medication during HD.		
			Medication /dose/Rote	time	sign
Hypo / Hypertention <input type="radio"/>	> 2 needle <input type="radio"/>	Nutrition <input checked="" type="radio"/>			
Muscle Cramp <input type="radio"/>	Inadequate BF <input type="radio"/>	Vascular access <input checked="" type="radio"/>	No.....unit v,sc		
Headache <input type="radio"/>	Blood leak <input type="radio"/>	Exercise <input checked="" type="radio"/>	No.....unit v,sc		
Nausea / Vomitting <input type="radio"/>	Clotted dialyzer <input type="radio"/>	Personal hygiene <input checked="" type="radio"/>	No.....unit v,sc		
Fever / chill <input type="radio"/>	Clotted bloodline <input type="radio"/>	Medication <input checked="" type="radio"/>	No.....Venofer 100 mg.....		
Hypo / Hyperglycemia <input type="radio"/>	Machine problem <input type="radio"/>	Fluid Control <input checked="" type="radio"/>	Other.....		
Chest pain <input type="radio"/>	No complication <input type="radio"/>	KT <input checked="" type="radio"/>			
Arrhythmia <input type="radio"/>	STICKER B1.....				
Access problem <input type="radio"/>					VASCULAR ACCESS POST HD
No complication <input type="radio"/>					เส้น A กดนาน <u>5</u> นาที
Other.....					เส้น v กดนาน <u>5</u> นาที
					อื่นๆ.....

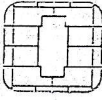
Nephrologist: แพทย์ประจำหน่วยไต  
พญ. ศศิธร วงศ์รัตนกุล  
 2.44411

Dialysis nurse: พญ.ศศิธร  
พ



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3015 00450 54 7

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย พรหม ชอบใจ



Name Mr. Prom  
 Last Name Chobjai  
 เกิดวันที่ -- 2485  
 Date of Birth -- 1942  
 ศาสนา พุทธ



ที่อยู่ 126 หมู่ที่ 17 ต.นิคมสร้างตนเอง  
 อ.พญาจร. นครราชสีมา

17 เม.ย. 2557  
 วันออกบัตร  
 17-Apr. 2014  
 Date of Issue

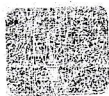
(นายอิทธิพร อัญญา)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ  
 วันบัตรหมดอายุ  
 LIFELONG  
 Date of Expiry

3015-02-04171504

คำให้การ  
 พรหม ชอบใจ

BORA-16-03



ประเทศไทย  
 THAILAND

JTO-0794071-98

๐๙๘ ๑๘๕๐๙๖๖  
๐๘๕ ๑๗๑ ๕๘๕๖



### ข้อกำหนดและเงื่อนไข Terms and Conditions

- โปรดอย่าส่งคืนสมุดฝากเงินและบัตรประจำตัวเงินฝากทุกครั้งที่ติดต่อธนาคาร  
Please do not return the passbook and ID card to the bank when you contact the bank.
- โปรดเก็บสมุดฝากเงินไว้ที่ปลอดภัย อย่าฝากไว้กับพนักงานบริการลูกค้าคนอื่น กรณีสูญหายหรืออาจใช้ผิดสาขา หรือมีหมายเลข ๐๒ (1) (1) หรือไม่มีเงินคงค้างแต่สาขาเจ้าของบัญชี เพื่อแจ้งยอดสมุดฝากเงิน กรุณาติดต่อพนักงานบริการสาขา  
Please keep the passbook in a safe place and do not give it to other bank staff. In case of loss or misuse, or if the account number is 02 (1) (1) or there is no balance in the account, please contact the bank staff to report the loss. Do not deposit money into the account at other branches.
- การถอนเงินจากสาขาสาขาอื่น โปรดทำโดยถูกต้องตามขั้นตอน  
If you withdraw money from other branches, please follow the correct procedure.
- ยอดคงเหลือในสมุดฝากเงินจะถูกแจ้งให้ทราบโดยอัตโนมัติผ่านทาง SMS หรืออีเมลหากมีบัญชีผูกพันกับบริการแจ้งเตือน  
The balance in the passbook will be notified to you automatically via SMS or email if you have a linked account for balance alerts.
- การเบิกเงินด้วยเงินสดจากตู้ ATM หรือตู้ฝากเงินอัตโนมัติ กรุณาอย่าใช้ตู้ฝากเงินที่ไม่ใช่สาขาที่ตนเองเป็นเจ้าของเงินฝาก  
If you withdraw cash from an ATM or an automatic teller machine, please do not use an ATM that is not your own branch.
- บัญชีที่ขาดการเคลื่อนไหว และยอดคงเหลือเป็นศูนย์ติดต่อกันสามเดือน ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือ ลิดบัญชีเงินฝากตามเกณฑ์ที่กำหนด  
If an account is inactive for three months and the balance is zero, the bank may close the account and/or debit the account according to the bank's policy.
- เงินฝากนี้ได้รับมอบหมายจากธนาคารให้แก่ผู้ให้บริการรายอื่นภายใต้การกำกับดูแลของธนาคาร  
This deposit is entrusted to other service providers under the supervision of the bank.



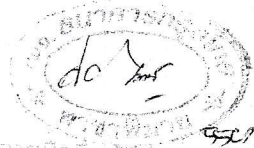
สำนักงาน รหัสนี้สาขา 1170  
Office

บัญชีเลขที่ 662-3-74984-5  
Account No.

สาขาพิมาย

ชื่อบัญชี  
Account Name

นายพรหม ชาญใจ



ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม  
Authorized Signature

SA JA 1274523

พธม ชาญใจ

นายพรหม ชาญใจ

