

แบบประเมินความพิการทางจิต

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี วันที่ประเมิน.....  
การวินิจฉัยโรค.....ที่อยู่.....

๑. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

- ๑. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำตามได้
- ๒. สอน/สาธิตซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้
- ๓. สอน/สาธิตซ้ำๆ แล้วยังไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

๒. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- ๑. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
- ๒. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
- ๓. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

๓. การช่วยเหลืองานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)

- ๑. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
- ๒. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
- ๓. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

๔. ความสามารถในการเข้าสังคม

- ๑. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
- ๒. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
- ๓. ไม่เข้าสังคมหรือชอบแยกตัว

๕. ความสามารถในการสื่อสาร

- ๑. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
- ๒. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
- ๓. ไม่สนทนากับใคร

๖. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียน

๖.๑ ความสามารถในการประกอบอาชีพ

- ๑. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
- ๒. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
- ๓. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

๖.๒ ความสามารถในการเรียน

- ๑. เรียนได้
- ๒. เรียนได้แต่ลำบาก
- ๓. เรียนไม่ได้

เอกสารแนบนี้  
ให้แพทย์เป็นผู้ประเมิน

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม.....คะแนน ชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อ.....  
แพทย์.....

ตราประทับ  
โรงพยาบาล