

แบบประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายหรืออวัยวะหรือจิตใจ
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาให้การสงเคราะห์สมาชิกกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ

สถานที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สังกัด.....

ชื่อผู้รับการประเมิน.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ประเภทความสูญเสีย	หัวข้อการพิจารณา	ผลการพิจารณา		ระบุรายละเอียดลักษณะของความผิดปกติ	ระดับของความผิดปกติ
		ปกติ	ผิดปกติ		
1. ทางการมองเห็น	- การมองเห็นของสายตา - ลานสายตา				
2. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง - การเข้าใจภาษาพูด - การเข้าใจภาษาพูด				
3. ทางกายหรือการเคลื่อนไหว	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย - การเคลื่อนไหวมือและแขน				
4. ทางจิตพฤติกรรม	- สภาวะทางจิตใจและพฤติกรรม				
5. สติปัญญาหรือการเรียนรู้	- ความสามารถทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้				

สรุปผลการวินิจฉัยปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

- () ไม่มีความสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือจิตใจ
 - () สูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะร้อยละ.....
 - () สูญเสียสมรรถภาพของร่างกายร้อยละ.....
 - () ปัจจุบันมีความสามารถระดับ.....
 - () ผลจากการประสบอันตรายต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือต้องหยุดพักงาน เกินกว่า 20 วัน
- ระบุรายละเอียดลักษณะของอวัยวะที่สูญเสีย.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ประเมิน
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรารับรองจากสถานพยาบาล