

**แบบประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายหรืออวัยวะ**  
**เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาให้การสงเคราะห์สมาชิกกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ**

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

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

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

ประเภทความสูญเสีย	หัวข้อการพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะของความผิดปกติ	ระดับของความผิดปกติ
		ปกติ	ผิดปกติ		
1. ทางการมองเห็น	- การมองเห็นของสายตา - ลานสายตา				
๒. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด				
๓. ทางกายหรือการเคลื่อนไหว	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย - การเคลื่อนไหวมือหรือแขน				
๔. ทางจิตพฤติกรรม	- สภาวะทางจิตหรือพฤติกรรม				
๕. สติปัญญาหรือการเรียนรู้	- ความสามารถทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้				

**สรุปผลการวินิจฉัยปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน**

( ) ไม่มีความสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือจิตใจ

( ) สูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะร้อยละ.....

( ) สูญเสียสมรรถภาพของร่างกายร้อยละ.....

( ) ปัจจุบันมีความสามารถระดับ.....

ระบุรายละเอียดลักษณะของอวัยวะที่สูญเสีย.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรารับรองจากสถานพยาบาล