แบบสอบถามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง ( ) ไม่ระบุ

2. ชื่อ-นามสกุล...

3. วัน/เดือน/ปีเกิด .... อายุ .... ปี

4. หมายเลขบัตรประชาชน ....

5. หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ ....

6. ที่อยู่ บ้านเลขที่ .... หมู่ที่ .... ตำบล .... อำเภอ ....

จังหวัด .... รหัสไปรษณีย์ ....

7. หมายเลขโทรศัพท์มือถือ ....

8. ชื่อ/สกุล ผู้ดูแลหรือผู้ปกครอง ....

9. ความสัมพันธ์ ( ) บิดา/มารดา ( ) สามี/ภรรยา ( ) บุตร ( ) ญาติ

( ) อื่นๆ ระบุ ....

10. หมายเลขโทรศัพท์มือถือ ....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ (กรณีเป็นคนพิการ/ผู้ป่วย)

1. หน่วยบริการ .... (รพ.สต./โรงพยาบาล)

2. ประเภทความพิการ .... สาเหตุของความพิการ ....

....

....

....

3. โรคประจำตัว .... ระยะเวลาที่รักษาตัว ....

....

....

4. ประวัติการรักษา ....

....

....

....

ส่วนที่ 3 เพิ่มเติม

1. ลักษณะที่อยู่อาศัย

( ) ของตนเอง ( ) เช่า ( ) อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ ....

สภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่ควรปรับปรุง

( ) ห้องน้ำ/ห้องสุขา ระบุ ....

( ) พื้นบ้าน/หลังคา/บันได ระบุ ....

( ) ราวจับ/ทางลาด ระบุ ....

( ) อื่น ๆ ระบุ ....

....

....

2. ความช่วยเหลือที่ต้องการ

( ) นมผง ยี่ห้อ .... ปริมาณที่ใช้ต่อเดือน ....

( ) อาหารเหลว ยี่ห้อ .... ปริมาณที่ใช้ต่อเดือน ....

( ) แพมเพิร์ส ขนาด .... ปริมาณที่ใช้ต่อเดือน ....

( ) อื่น ๆ ระบุ ....

....

....

....

....

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็น

....

....

....

....

ผู้ตรวจสอบข้อเท็จจริง .... ผู้รับรอง ....

(.... (....)

ตำแหน่ง .... ตำแหน่ง ....