

ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง
หมวดรถนั่งคนพิการ

1. รถนั่งคนพิการแบบ 3 ล้อ สำหรับใช้ในพื้นที่ไม่เรียบ (Tri wheeler)
พร้อมหัวต่อมือป้อนสำหรับรถนั่งคนพิการ (ถอดประกอบได้)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 4 ขนาด ได้แก่ S(14”), M(16”), L(18”), XL(20”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
2. สามารถนั่งทรงตัวบนรถนั่งคนพิการได้อย่างปลอดภัย ทั้งขณะรถนั่งคนพิการอยู่นิ่ง และเคลื่อนที่		
3. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
4. มือทั้งสองข้างสามารถจับวงปั่นรถนั่งคนพิการ หรือ ด้ามจับหัวต่อได้มั่นคง		
5. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระยะ 2 ขึ้นไป)		
6. พื้นที่รอบๆ บ้าน หรือ ชุมชนที่อยู่อาศัยมีพื้นที่เพียงพอในการเคลื่อนที่ของรถนั่งคนพิการ		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

2. รถนั่งคนพิการสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง
(Foldable tilt in space wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ S(10”), M(12”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ดี		
2. ไม่สามารถควบคุมศีรษะได้ดี		
3. มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

3. รถนั่งคนพิการสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ
(Foldable active wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 3 ขนาด ได้แก่ S(14”), M(16”), L(18”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว		
2. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการชนิดใกล้เคียงกันนี้ จากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
3. ไม่มีภาวะพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
4. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
5. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระยะ 2 ขึ้นไป)		
6. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
7. สามารถนั่งทรงตัวบนรถนั่งคนพิการได้อย่างปลอดภัย ทั้งขณะรถนั่งคนพิการอยู่นิ่ง และเคลื่อนที่		
8. สามารถปั่นรถนั่งคนพิการโดยใช้แขน 2 ข้าง ได้เองอย่างปลอดภัย		
9. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการขึ้นพื้นฐาน และสามารถขึ้นขึ้นลงทางลาด และพื้นที่ต่างระดับสูง 1-2 ซม. ได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

4. รถนั่งคนพิการแบบปรับย่นได้ (Standing wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



แบ่งตามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ใช้งาน ได้แก่

น้ำหนัก 40-52 กิโลกรัม 52-64 กิโลกรัม 64-76 กิโลกรัม 76-90 กิโลกรัม
 ส่วนสูง 150 - 165 เซนติเมตร 165 - 180 เซนติเมตร

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบปรับย่นได้ จากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
2. คนพิการที่ต้องประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทำย่น		
3. คนพิการมีน้ำหนักได้ไม่เกิน 90 กิโลกรัม และสูงไม่เกิน 180 เซนติเมตร		
4. ไม่มี ความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
5. ไม่สามารถเดินได้โดยสิ้นเชิง		
6. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย		
7. เมื่อปรับท่าทางจากท่านั่งเป็นทำย่น ต้องสามารถทรงท่าทางได้ โดยไม่มีอาการเกร็งหรือตัวเอียงจนอาจเป็นอันตราย		

หมายเหตุ - ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนี้
 - ต้องมีการคำนวณน้ำหนักของผู้ใช้งาน เพื่อปรับเปลี่ยนไซส์ให้เหมาะสม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

5. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ แบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า ขนาดหน้ากว้าง 46 cm
(Basic motorized wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ 16", 18"

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
2. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
3. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆแต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
4. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย โดยอาจใช้/หรือไม่ใช้ อุปกรณ์ประคองท่าทางช่วย		
5. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
6. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
7. ไม่มีประวัติชักในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
8. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ 2 ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
9. ไม่สามารถปั่นรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (Manual wheelchair) ได้ หรือปั่นได้ไม่เกิน 10 เมตร หรือ มีโรคร่วม เช่น ไตวาย โรคหัวใจ เป็นต้น จนทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ด้วยรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา ในชีวิตประจำวันได้		
10. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
11. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบบใช้ไฟฟ้า จนใช้งานได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนี้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

7. รถนั่งคนพิการชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้
(Commode-shower wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มีขนาดเดียว ได้แก่ 18”

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1.ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ จากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
2. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆ แต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
3. ร่างกายอ่อนแรงหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวจากเตียง/รถนั่งคนพิการไปโถส้วมได้ แม้ผ่านการฝึกแล้ว หรือสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีข้อจำกัดจนไม่สามารถเข้าใช้ห้องน้ำหรือโถส้วมได้อย่างปลอดภัย		
4. สามารถอยู่ในท่านั่งในรถนั่งคนพิการชนิดนี้ได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ - ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

7. รถนั่งคนพิการแบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า ชนิดปรับเอนนอนได้
(Reclining motorized wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มีขนาดเดียว ได้แก่ 18”

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
2. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
3. ไม่สามารถเดินได้โดยสิ้นเชิง		
4. ไม่สามารถทรงตัวในท่านั่งและ/หรือไม่สามารถควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย		
5. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
6. ไม่มีประวัติชักในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
7. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ 2 ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
8. ไม่สามารถป้อนรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (manual wheelchair) ได้ หรือป้อนได้ไม่เกิน 10 เมตร หรือ มีโรคร่วม เช่น ไตวาย โรคหัวใจ เป็นต้น จนทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ด้วยรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา ในชีวิตประจำวันได้		
9. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
10. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบบใช้ไฟฟ้า จนใช้งานได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

8. รถนั่งคนพิการแบบเคลื่อนที่ได้ด้วยระบบไฟฟ้า ชนิดมาตรฐาน
(Power wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ 16”, 18”

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
2. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
3. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆแต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
4. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย โดยอาจใช้/หรือไม่ใช้ อุปกรณ์ประคองท่าทางช่วย		
5. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
6. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
7. ไม่มีประวัติชักในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
8. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ 2 ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
9. ไม่สามารถปั่นรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (manual wheelchair) ได้ หรือปั่นได้ไม่เกิน 10 เมตร หรือ มีโรคร่วม เช่น ไตวาย โรคหัวใจ เป็นต้น จนทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา ในชีวิตประจำวันได้		
10. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
11. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบบใช้ไฟฟ้า จนใช้งานได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนี้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ประเมิน
วัน/เดือน/ปี.....

9. รถนั่งคนพิการสำหรับคนพิการแบบปรับเอนนอนและเอียงได้
(Adult reclining and tilt in space wheelchair)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 3 ขนาด ได้แก่ S(14”), M(16”), L(18”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ดี		
2. ไม่สามารถควบคุมศีรษะได้ดี		
3. มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....