

ลับ

ชุดที่.....ในจำนวน.....ชุดของครัวเรือนนี้



การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555

- | | |
|---|--|
| <p>1. ภาค.....จังหวัด.....</p> <p>2. อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง.....</p> <p>3. บ้านเลขที่..... ถนน.....ตรอก/ซอย.....</p> <p>4. ในเขตเทศบาล EA..... AREA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8-11</p> <p>นอกเขตเทศบาล EA..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... VIL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12-13</p> <p>5. ลำดับที่ EA ตัวอย่าง..... PSU_NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14-17</p> <p>6. ชุดที่ EA ตัวอย่าง..... EA_SET <input type="checkbox"/> 18</p> <p>7. เดือน.....พ.ศ. 2555 MONTH_YR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 5 19-22</p> <p>8. ลำดับที่ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง HH_NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23-25</p> <p>9. กลุ่มครัวเรือนตัวอย่าง <u>ชั้นนับจุด</u>..... <u>ชั้นแฉงนับ</u>..... LIST_GR <input type="checkbox"/> ENUM_GR <input type="checkbox"/> 26-27</p> <p>10. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <u>ชั้นแฉงนับ</u>.....คน MEMBERS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28-29</p> <p>11. จำนวนสมาชิกที่มีความพิการ (F106 = 2) ในครัวเรือนนี้ <u>ชั้นแฉงนับ</u>.....คน MEM_DIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30-31</p> <p>12. ผลการแฉงนับครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส) ENUM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32-33</p> | <p>REG CWT</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-3</p> <p>AMP TMB</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4-7</p> |
|---|--|

ได้ข้อมูล		รหัส	ไม่ได้ข้อมูล		รหัส
ชั้นนับจุด	ชั้นแฉงนับ		ชั้นนับจุด	ชั้นแฉงนับ	
1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง 1.1 มีครัวเรือนอาศัยอยู่	แฉงนับได้	11	1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง ไปสามครั้งไม่พบ ผู้ตอบสัมภาษณ์ ไม่ให้ความร่วมมือ หาบ้านไม่พบ อื่น ๆ (ระบุ)		21
	รื้อถอน ไฟไหม้	12			22
	เป็นบ้านว่าง	13			23
	แฉงนับได้	14			24
2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง (ครัวเรือนใหม่อยู่แทน ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง)					

แฉงนับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

ID_CODE1 101-105

พนักงานแฉงนับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ตรวจ

บรรณารักษ์และลงรหัสวันที่.....เดือน.....พ.ศ.2555

ID_CODE2 106-110

พนักงานบรรณารักษ์และลงรหัส

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

ลำดับที่	ถามทุกคนในครัวเรือน					ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
	ชื่อ-นามสกุล	ความเกี่ยวพันกับหัวหน้าครัวเรือน	เพศ	อายุ	สัญชาติ ...(ชื่อ)... มีสัญชาติอะไร"	สถานภาพสมรส
		บันทึกรหัส หัวหน้าครัวเรือน.....1	บันทึกรหัส ชาย.....1	บันทึก อายุเต็มปี	บันทึกรหัส ไทย.....1	บันทึกรหัส โสด.....1
		ภรรยาหรือสามี.....2	หญิง.....2		พม่า.....2	สมรส.....2
		บุตรที่ยังไม่สมรส.....3		ถ้าต่ำกว่า 1 ปี	กัมพูชา.....3	หม้าย.....3
		บุตรที่สมรสแล้ว.....4		ให้บันทึก	ลาว.....4	หย่า.....4
		บุตรชาย บุตรสะใภ้.....5		"0" ชิดขวา	มาเลเซีย.....5	แยกกันอยู่.....5
		บุตรของบุตร.....6			จีน.....6	เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ.....6
		พ่อ แม่			ญี่ปุ่น.....7	
		พ่อแม่ของคู่สมรส.....7			อินเดีย.....8	
		ปู่ ย่า ตา ยาย.....8			อังกฤษ.....9	
		ญาติอื่น ๆ9			สหรัฐอเมริกา.....10	
		ผู้อาศัย และคนรับใช้.....10			สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ).....11	
					ไม่มีสัญชาติ.....12	
F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 2 การศึกษา		
ถามผู้ที่มีอายุ 5-30 ปี		
<p>ชั้นที่กำลังเรียน</p> <p>"...(ชื่อ)...ขณะนี้กำลังเรียนชั้นใด"</p> <p>บันทึก ชั้น ปี สถาบัน ที่กำลังเรียน โดยละเอียด</p> <p>ถ้า ไม่เรียน บันทึก "ไม่เรียน"</p> <p>(ข้ามไปถาม F10)</p>	<p>"...(ชื่อ)...กำลังเรียนหนังสือ ในโรงเรียน/สถานศึกษา ประเภทใด"</p> <p>บันทึกรหัส โรงเรียนสำหรับ นักเรียนปกติ..... 1 โรงเรียนชั้นคู่ขนาน..... 2 โรงเรียนเฉพาะความพิการ สำหรับคนพิการ แต่ละประเภท..... 3 โรงเรียนเฉพาะคนพิการ ที่ให้บริการมากกว่า 1 ประเภท..... 4 ศูนย์การศึกษาพิเศษ (เตรียมความพร้อมให้ คนพิการก่อนเข้าเรียน)..... 5 กศน..... 6 อื่น ๆ (ระบุ)..... 7</p>	<p>ถามผู้ที่บันทึก "ไม่เรียน" ใน F8</p> <p>".....(ชื่อ).....ไม่ได้เรียนหนังสือเพราะเหตุใด"</p> <p>ให้บันทึก สาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกรหัส</p>
		<p>อายุไม่ถึงเกณฑ์การศึกษา..... 1 ครอบครัวเป็นห่วง..... 10</p> <p>จบการศึกษาแล้ว..... 2 ไม่มีโรงเรียนพิเศษสำหรับ คนพิการ..... 11</p> <p>ป่วยหรือพิการจนไม่สามารถ เรียนได้..... 3 โรงเรียนปกติไม่มีบุคลากรที่ พร้อมจะสอน/รับ คนพิการเข้าเรียน..... 12</p> <p>ไม่มีทุนทรัพย์เรียน..... 4 พ่อแม่จะสอน/รับ</p> <p>ต้องหาเลี้ยงตนเองหรือ ครอบครัว..... 5 สภาพแวดล้อมในโรงเรียน ไม่เอื้อต่อการเรียน..... 13</p> <p>ไม่สนใจหรือคิดว่า ไม่มีประโยชน์ที่จะเรียน..... 6 โรงเรียนอยู่ไกลหรือ เข้าเรียนต่อไม่ได้..... 7 การคมนาคมไม่สะดวก..... 14</p> <p>มีปัญหาทางความประพฤติ..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 15</p> <p>พิการ เรียนได้ แต่ถูกเพื่อน ล้อเลียน/แกล้ง..... 9</p>
F8	F9	F10

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 2 การศึกษา (ต่อ)		ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์		
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป		
		อาชีพ	อุตสาหกรรม	สถานภาพการทำงาน
<p>ชั้นการศึกษาสูงสุด</p> <p>"...(ชื่อ)....จบการศึกษาสูงสุดชั้นใด"</p> <p>บันทึก ชั้น ปี และประกาศนียบัตร หรือปริญญาที่สำเร็จ โดยละเอียด</p> <p>- ถ้า กำลังเรียน มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรืออาชีวศึกษา ให้บันทึก ชั้นการศึกษาสูงสุด สาขาวิชา คณะ/แผนก และชื่อสถาบันที่กำลังเรียน</p> <p>- ถ้า จบ มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรืออาชีวศึกษา ให้บันทึก สาขาวิชา คณะ/แผนก และชื่อสถาบันที่เรียนจบ</p> <p>- ถ้า ไม่เคยเรียน บันทึก "ไม่เคยเรียน"</p>	<p>ถามผู้ที่จบ</p> <p>"มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชา การศึกษา) หรือ อาชีวศึกษา" ใน F11</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์(ชื่อ)....ทำงานอะไร"</p> <p>- ถ้า ทำงาน ให้บันทึก อาชีพหรือตำแหน่ง หน้าที่การงานที่มี ชั่วโมงการทำงานสูงสุด (ถามต่อไป)</p> <p>- ถ้า ไม่ทำงาน ให้บันทึก "ไม่ทำ" (ข้ามไปถาม F18)</p>	<p>"กิจกรรมหลักที่(ชื่อ)....ทำอยู่เป็นกิจกรรม หรือผลิอะไร"</p> <p>ให้บันทึก ประเภทของกิจการหรือ ลักษณะของงาน ให้ชัดเจน</p>	<p>"...(ชื่อ)....ทำงาน ในฐานะอะไร"</p> <p>บันทึกรหัส นายจ้าง..... 1 ผู้ประกอบธุรกิจของตนเอง. 2 ผู้ช่วยธุรกิจครัวเรือน..... 3 (ถ้าบันทึกรหัส 3 ข้ามไปถาม ตอนที่ 4) ลูกจ้างรัฐบาล..... 4 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ..... 5 ลูกจ้างเอกชน..... 6 สมาชิกของกรรมกรกลุ่ม ผู้ผลิต..... 7</p>
	<p>จำนวนปี ของหลักสูตร</p>			
F11	F12	F13	F14	F15

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ต่อ)		ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ		
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป		ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		
รายได้		เหตุผลที่ไม่ได้ทำงาน		
ถามผู้บันทึกรหัส 1-2 และ 4-7 ใน F15		ถามผู้บันทึก "ไม่ทำ" ใน F13		
<p>"...(ชื่อ)...มีรายได้ (สุทธิ) ที่เป็นตัวเงิน จากการทำงานหรือ การลงทุนเฉลี่ยประมาณ เดือนละกี่บาท"</p> <p>ให้บันทึก รายได้สุทธิ หลังจากหักต้นทุนในการทำงาน หรือการลงทุน</p> <p>ถ้า ขาดทุนหรือไม่มีรายได้ ให้บันทึก "0" ซิดขวา</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีรายได้ ที่เป็นสิ่งของ จากการทำงานหรือ การลงทุนประมาณราคา เฉลี่ยเดือนละกี่บาท"</p> <p>ให้ประมาณราคาส่งของที่ได้รับการทำงาน รวมทั้งการนำสินค้าหรือ บริการจากการทำธุรกิจหรือ การเกษตรมาบริโภคหรือ ใช้ภายในครัวเรือน</p> <p>ถ้า ไม่มี ให้บันทึก "0" ซิดขวา</p>	<p>".....(ชื่อ).....ไม่ทำงาน เพราะเหตุใด"</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ทำงานบ้าน..... 1</p> <p>เรียนหนังสือ..... 2</p> <p>กำลังหางานทำ..... 3</p> <p>ยังเด็กหรือชรา..... 4</p> <p>ป่วย พักการ ฯลฯ จนไม่สามารถ ทำงานได้..... 5</p> <p>อยากอยู่เฉย ๆ</p> <p>ไม่ต้องการทำงาน..... 6</p> <p>เกษียณ..... 7</p> <p>สามารถทำงานได้ แต่ไม่มีเงินทุน 8</p> <p>ขาดผู้แนะนำด้านอาชีพ..... 9</p> <p>ญาติพี่น้องให้ความอุปการะ..... 10</p> <p>บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ให้ความอุปการะ..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากหรือ ปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่อง มาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ บ้างหรือไม่"</p> <p>ให้อ่านประเภทความลำบาก หรือปัญหาสุขภาพ จากสคตมภ์ขวามือ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ฟัง</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม ตอนที่ 5)</p> <p>มี อย่างน้อย 1 อย่าง..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ประเภทความลำบากหรือ ปัญหาสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> การนั่งยอง ๆ การเดินทางระยะ 50 ก้าว การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (ประมาณ 10 - 14 ชั้น) การลุกจากนอนเป็นท่าหนึ่ง การยกแขน เพื่อให้มือแตะ ทั่วยออย่างน้อย 1 ซ้าง การใช้ มือ/นิ้ว จับช้อน ตักอาหารเข้าปาก การมองเห็น (ไม่รวม สายตาสั้น ยาว เอียง) การได้ยิน การสื่อสารด้วยการพูด การเข้าใจคำพูด การเรียนรู้ / พัฒนาการซ้ำ* การจดจำเหตุการณ์ในรอบวัน การควบคุมอารมณ์และ พฤติกรรมของตนเอง* การเจ็บปวดตามร่างกาย* การหายใจ* อาการของลมชัก ชักเกร็ง หรือลมบ้าหมู* การกลืนอาหารหรือปัสสาวะ <p>* จนไม่สามารถเรียน หรือทำงาน ตามปกติได้</p>
F16	F17	F18	F19	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)	ระดับความลำบาก/ปัญหา (แม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยแล้ว)	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วย สำหรับความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"	ไม่มี..... 1 มีความลำบาก/ปัญหา..... 2 บันทึกกรหัส ทำไม่ได้เลย..... 3	"...(ชื่อ)...เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	ให้บันทึก สาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้
ไม่ใช้..... 1 ใช้..... 2		ถ้า เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหา เมื่ออายุ ต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี/ยา..... 10 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11 อุบัติเหตุจาก..... โรควัยไข้เจ็บ..... 12 การจราจรทางบก..... 3 จากกรรมพันธุ์..... 13 อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4 จากการตั้งครก/คลอด..... 14 อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 ชราภาพ..... 15 อุบัติเหตุหรือจรวด..... 6 ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16 หกล้ม..... 7 ไม่ทราบสาเหตุ..... 17 ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 18 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก การเล่นหรือ การทำงาน..... 9

1. ความลำบากหรือปัญหาใน

การนั่งยอง ๆ

(ถ้า F20 และ F21 บันทึกกรหัส 1 ข้ามไปถาม F24)

2. ความลำบากหรือปัญหาใน

การเดินทางราบระยะ 50 ก้าว

(ถ้า F24 และ F25 บันทึกกรหัส 1 ข้ามไปถาม F28)

การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F20	F21	F22	F23	F24	F25	F26	F27

□	□	□□	□□	□	□	□□	□□
□	□	□□	□□	□	□	□□	□□
□	□	□□	□□	□	□	□□	□□
□	□	□□	□□	□	□	□□	□□
□	□	□□	□□	□	□	□□	□□
□	□	□□	□□	□	□	□□	□□

38

39

40

42

44

45

46

48

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)	ระดับความลำบาก/ปัญหา (แม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยแล้ว)	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วย สำหรับความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"	ไม่มี..... 1 มีความลำบาก/ปัญหา..... 2 บันทึกรหัส ทำไม่ได้เลย..... 3	บันทึกรหัส มีความลำบาก หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	บันทึกรหัส บันทึกรหัส
ไม่ใช้..... 1 ใช้..... 2		ถ้า เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหา เมื่ออายุ ต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี/ยา..... 10 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11 อุบัติเหตุจาก..... โรคร้ายไข้เจ็บ..... 12 การจราจรทางบก..... 3 จากกรรมพันธุ์..... 13 อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4 จากการตั้งครก/คลอด..... 14 อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 ชราภาพ..... 15 อุบัติเหตุหรือจรวด..... 6 ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16 หกล้ม..... 7 ไม่ทราบสาเหตุ..... 17 ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 18 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก การเล่นหรือ การทำงาน..... 9

3. ความลำบากหรือปัญหาใน
การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (ประมาณ 10 - 14 ชั้น)
(ถ้า F28 และ F29 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F32)

4. ความลำบากหรือปัญหาใน
การลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง
(ถ้า F32 และ F33 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F36)

การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F28	F29	F30	F31	F32	F33	F34	F35

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50

51

52

54

56

57

58

60

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)						
ถามผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป						
การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง) "ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วย สำหรับความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่" บันทึกหัตถ์ ไม่ใช้..... 1 ใช้..... 2	ระดับความลำบาก/ปัญหา (แม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยแล้ว)	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ			
		"...(ชื่อ)...เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	ให้บันทึก สาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้	บันทึกหัตถ์	บันทึกหัตถ์	
	ไม่มี..... 1	ถ้า เริ่ม	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1	สารเคมี/ยา..... 10		
	มีความลำบาก/ปัญหา..... 2	มีความลำบาก หรือปัญหา เมื่ออายุ ต่ำกว่า 1 ปี	อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2	ถูกไฟ/ไอน้ำร้อนลวก..... 11		
	ทำได้เลย..... 3	ให้บันทึก	อุบัติเหตุจาก	โรคภัยไข้เจ็บ..... 12		
		"0" ขีดขวา	การจรรยาทางบก..... 3	จากกรรมพันธุ์..... 13		
			อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4	จากการตั้งครก/คอคอด..... 14		
			อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5	ชราภาพ..... 15		
			อุบัติเหตุหรือจราจล..... 6	ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16		
			หกล้ม..... 7	ไม่ทราบสาเหตุ..... 17		
			ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8	อื่น ๆ (ระบุ)..... 18		
			ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก การเล่นหรือ การทำงาน..... 9			
5. ความลำบากหรือปัญหาใน การยกแขน เพื่อให้มือแตะท้ายทอยอย่างน้อย 1 ข้าง (ถ้า F36 บันทึกหัตถ์ 1 ข้ามไปถาม F39)			6. ความลำบากหรือปัญหาใน การใช้มือ / นิ้ว จับช้อนตักอาหารเข้าปาก (ถ้า F39 และ F40 บันทึกหัตถ์ 1 ข้ามไปถาม F43)			
ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F36	F37	F38	F39	F40	F41	F42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	63	65	67	68	69	71

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)	ระดับความลำบาก/ปัญหา (แม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยแล้ว)	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วย สำหรับความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"	ไม่มี..... 1 มีความลำบาก/ปัญหา..... 2 บันทึกกรหัส ทำไม่ได้เลย..... 3	บันทึกกรหัส หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	บันทึกกรหัส บันทึกกรหัส
ไม่ใช้..... 1 ใช้..... 2		ถ้า เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหา เมื่ออายุ ต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี/ยา..... 10 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11 อุบัติเหตุจาก..... โรคร้ายไข้เจ็บ..... 12 การจราจรทางบก..... 3 จากกรรมพันธุ์..... 13 อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4 จากการตั้งครก/โคลอด..... 14 อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 ชราภาพ..... 15 อุบัติเหตุหรือจรวด..... 6 ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16 หกล้ม..... 7 ไม่ทราบสาเหตุ..... 17 ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 18 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก การเล่นหรือ การทำงาน..... 9

7. ความลำบากหรือปัญหาในการมองเห็น
(แม้ว่าจะใส่แว่นตาหรือคอนแทกซ์เลนส์แล้วก็ตาม)
(ถ้า F43 และ F44 บันทึกกรหัส 1 ข้ามไปถาม F47)

**8. ความลำบากหรือปัญหาใน
การได้ยิน**
(ถ้า F47 และ F48 บันทึกกรหัส 1 ข้ามไปถาม F51)

การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F43	F44	F45	F46	F47	F48	F49	F50

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73

74

75

77

79

80

81

83

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)	ระดับความลำบาก/ปัญหา (แม้ว่าจะใช้เครื่องช่วยแล้ว)	อายุที่เริ่มเป็น "....(ชื่อ)....เริ่ม	สาเหตุ ที่ ทำให้มีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วย สำหรับความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"	ไม่มี..... 1 มีความลำบาก/ปัญหา..... 2 บันทึกรหัส ทำไม่ได้เลย..... 3	มีความลำบาก หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	บันทึกรหัส บันทึกรหัส
ไม่ใช้..... 1 ใช้..... 2		ถ้า เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหา เมื่ออายุ ต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี/ยา..... 10 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11 อุบัติเหตุจาก โรคภัยไข้เจ็บ..... 12 การจราจรทางบก..... 3 จากกรรมพันธุ์..... 13 อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4 จากการตั้งครุฑ/ อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 คลอด..... 14 อุบัติเหตุหรือจราจล..... 6 ชราภาพ..... 15 หกล้ม..... 7 ได้รับการกระทบ ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8 ดันจิตใจ..... 16 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก ไม่ทราบสาเหตุ..... 17 การเล่นหรือ อื่น ๆ (ระบุ)..... 18 การทำงาน..... 9

9. ความลำบากหรือปัญหาใน

การสื่อสารด้วยการพูด

(ถ้า F51 และ F52 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F55)

10. ความลำบากหรือปัญหาใน

การเข้าใจคำพูด

(ถ้า F55 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F58)

การใช้เครื่องช่วย	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F51	F52	F53	F54	F55	F56	F57

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85

86

87

89

91

92

94

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

ระดับความลำบาก/ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
บันทึกครั้ง	"...(ชื่อ)...เริ่มมีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"	ให้บันทึก สาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้
ไม่มี..... 1		บันทึกครั้ง บันทึกครั้ง
มีความลำบาก/ปัญหา..... 2	ถ้า เริ่มมีความลำบากหรือปัญหา	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี/ยา..... 10
ทำไม่ได้เลย..... 3	เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา	อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11
		อุบัติเหตุจาก โรคภัยไข้เจ็บ..... 12
		การจลาจลทางบก..... 3 จากกรรมพันธุ์..... 13
		อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4 จากการตั้งครก/
		อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 คลอด..... 14
		อุบัติเหตุภัยหรือจลาจล..... 6 ชราภาพ..... 15
		หกล้ม..... 7 ได้รับการกระทบ
		ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8 ดันจิตใจ..... 16
		ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก ไม่ทราบสาเหตุ..... 17
		การเล่นหรือ อื่น ๆ (ระบุ)..... 18
		การทำงาน..... 9

**11. ปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ หรือพัฒนาการช้า
จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้
(ถ้า F58 บันทึกครั้ง 1 ข้ามไปถาม F61)**

**12. ปัญหาเกี่ยวกับการจดจำ
เหตุการณ์ในรอบวัน
(ถ้า F61 บันทึกครั้ง 1 ข้ามไปถาม F64)**

ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F58	F59	F60	F61	F62	F63

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96

97

99

101

102

104

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

การใช้ยา	ระดับความลำบาก/ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
"ปกติ... (ชื่อ)... ใช้ยาสำหรับ ความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"	(แม้ว่าจะใช้ยาแล้ว)	"... (ชื่อ)... เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	ให้บันทึก สาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้
	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มี..... 1	ไม่มี..... 1	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1	สารเคมี/ยา..... 10
บันทึกรหัส	มีความลำบาก/ปัญหา..... 2	อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2	ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11
ไม่ใช้..... 1	ทำไม่ได้เลย..... 3	อุบัติเหตุจาก	โรคภัยไข้เจ็บ..... 12
ใช้..... 2		การจราจรทางบก..... 3	จากกรรมพันธุ์..... 13
		ถ้า เริ่ม	อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4
		มีความลำบาก	จากการตั้งครุฑ/คลอด..... 14
		หรือปัญหา	อุบัติเหตุจากกระบะเบ็ด..... 5
		เมื่ออายุ	ชราภาพ..... 15
		ต่ำกว่า 1 ปี	อุบัติเหตุหรือจรวด..... 6
		ให้บันทึก	ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16
		"0" ชิดขวา	หกล้ม..... 7
			ไม่ทราบสาเหตุ..... 17
			ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8
			อื่น ๆ (ระบุ)..... 18
			ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก การเล่นหรือ การทำงาน..... 9

13. ปัญหาในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้

(ถ้า F64 และ F65 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F68)

14. ปัญหาความเจ็บปวดตามร่างกาย

จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้

(ถ้า F68 และ F69 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F72)

การใช้ยา	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	การใช้ยา	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F64	F65	F66	F67	F68	F69	F70	F71

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106

107

108

110

112

113

114

116

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

การใช้ยา	ระดับความลำบาก/ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
"ปกติ... (ชื่อ)... ใช้ยาสำหรับ ความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"	(แม้ว่าจะใช้ยาแล้ว)	"... (ชื่อ)... เริ่ม มีความลำบาก หรือปัญหาใน เรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุ ประมาณเท่าไร"	ให้บันทึก สาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหา ในเรื่องต่อไปนี้
บันทึกรหัส	ไม่มี..... 1	ถ้า เริ่ม	บันทึกรหัส
ไม่ใช้..... 1	มีความลำบาก/ปัญหา..... 2	มีความลำบาก	บันทึกรหัส
ใช้..... 2	ทำไม่ได้เลย..... 3	หรือปัญหา	บันทึกรหัส
		เมื่ออายุ	
		ต่ำกว่า 1 ปี	
		ให้บันทึก	
		"0" ชัดขาว	
			อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี/ยา..... 10
			อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก..... 11
			อุบัติเหตุจาก
			การจราจรทางบก..... 3 จากกรรมพันธุ์..... 13
			อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4 จากการตั้งครก/โคลอด..... 14
			อุบัติเหตุจากกระบะเบ็ด..... 5 ชราภาพ..... 15
			อุบัติเหตุภัยหรือจรวด..... 6 ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16
			หกล้ม..... 7 ไม่ทราบสาเหตุ..... 17
			ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 18
			ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จาก
			การเล่นหรือ
			การทำงาน..... 9

15. ความลำบากหรือปัญหาในการหายใจ
จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้
(ถ้า F72 และ F73 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F76)

16. ปัญหาสุขภาพที่มีอาการของลมชัก ชักเกร็ง หรือลมบ้าหมู
จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้
(ถ้า F76 และ F77 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F80)

การใช้ยา	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	การใช้ยา	ระดับความลำบาก/ ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ
F72	F73	F74	F75	F76	F77	F78	F79

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118

119

120

122

124

125

126

128

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)				ตอนที่ 5 ความลำบากในการดูแลตนเอง และผู้ดูแล							
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป				ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป							
<p>การใช้เครื่องช่วย/ใช้ยา (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ตัวเอง)</p> <p>"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วย/ใช้ยาสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ใช้..... 1</p> <p>ใช้..... 2</p> <p>ระดับความลำบาก/ปัญหา (แม้ว่าจะใช้เครื่องช่วย/ยาแล้ว)</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มีความลำบาก/ปัญหา..... 2</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 3</p> <p>อายุที่เริ่มเป็น "....(ชื่อ)...เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"</p> <p>ถ้า เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาเมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา</p> <p style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">สาเหตุ ให้ออกจาก หน้า 13</p>				<p>"....(ชื่อ)...มีความลำบากในการดูแลตนเองหรือไม่"</p> <p>(การดูแลตนเอง ได้แก่ การกินอาหาร ออบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน แต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้ง การทำความสะอาด หลังการขับถ่าย)</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี.....1</p> <p>(ข้ามไปถาม ตอนที่ 6)</p> <p>มีอย่างน้อย 1 อย่าง.....2</p> <p>(ถามต่อไป)</p>		<p>ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F84</p> <p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการดูแลตนเองต่อไปอย่างไร"</p> <p>ให้อ่านการดูแลตนเองใน F85 ถึง F89 ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ฟังทีละสดมภ์ และต้องมีกรบันทึกรหัสทุกสดมภ์</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มีความลำบาก/ปัญหา..... 2</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 3</p>					
<p>17. ความลำบากหรือปัญหาในการกลืนอาหารหรือปัสสาวะ (ถ้า F80 และ F81 บันทึกรหัส 1 ข้ามไปถาม F84)</p>											
การใช้เครื่องช่วย/ใช้ยา	ระดับความลำบาก/ปัญหา	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ								
F80	F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87	F88	F89		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

130

131

132

134

37

38

39

40

41

42

ตอนที่ 5 ความลำบากในการดูแลตนเอง และผู้ดูแล (ต่อ)			
บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง			
ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F84	ถามผู้บันทึกรหัส 3-15 ใน F90 (มีผู้ดูแล)		
<p>"ใครเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญที่สุดหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง" บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีใครดูแล</p> <p>ต้องการผู้ดูแล..... 1</p> <p>ไม่ต้องการมีผู้ดูแล..... 2</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-2 ซ้ำไปถามตอนที่ 6)</p> <p>มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง โดยเป็น</p> <p>คู่สมรส..... 3</p> <p>บุตร..... 4</p> <p>บุตรชาย / สะใภ้..... 5</p> <p>บุตรของบุตร..... 6</p> <p>พี่ / น้อง..... 7</p> <p>บิดา / มารดา..... 8</p> <p>ญาติ..... 9</p> <p>ผู้อาศัย / คนรับใช้..... 10</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p> <p>มีผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครัวเรือน</p> <p>ผู้รับจ้างดูแล (เอกชน/ญาติที่ได้รับค่าตอบแทน)..... 12</p> <p>ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (ภาครัฐจัดให้)..... 13</p> <p>อาสาสมัคร/ญาติ (ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล)..... 14</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 15</p>	<p>อายุ และเพศของผู้ดูแล</p>		<p>"ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง"</p> <p>ให้บันทึก จำนวนชั่วโมง (เศษของชั่วโมง ถ้าไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้ตัดทิ้ง ถ้าตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปให้นับเป็น 1 ชั่วโมง)</p> <p>ถ้าใช้เวลา ไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้บันทึก "0" ซิตขวา</p> <p>ถ้าดูแล ตลอดทั้งวันทั้งคืน ให้บันทึก "24"</p>
	<p>อายุ</p> <p>ให้บันทึก</p> <p>อายุเต็มปี</p>	<p>เพศ</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ชาย.....1</p> <p>หญิง.....2</p>	
F90	F91	F92	F93
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43	45	48	49

ตอนที่ 5 ความลำบากในการดูแลตนเอง และผู้ดูแล (ต่อ)		
บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง		
ถามผู้บันทึกรหัส 3 -11 ใน F90 (มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน)		
<p>"ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแล จากรัฐเพิ่มเติมหรือไม่"</p> <p>ถ้า ต้องการ ให้บันทึกรหัสได้ไม่เกิน 2 รหัส เรียงลำดับตามความต้องการมากที่สุด 2 ลำดับ</p>		<p>ให้พนักงานแจ้งนับ บันทึกรหัส โดยไม่ต้องถาม</p> <p>ผู้ตอบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแล ผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ F90 ถึง F95</p>
	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่ต้องการ.....	1	พยาบาลมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและให้การดูแลที่บ้าน
ต้องการ		เมื่อจำเป็น..... 8
เงินสนับสนุน.....	2	บริการพาหนะเวลาจำเป็นต้องนำผู้ที่มีความลำบาก
งานมีรายได้ที่บ้าน.....	3	ในการดูแลตนเองไปที่อื่น เช่น ไปโรงพยาบาล เป็นต้น..... 9
ลดหย่อนภาษี.....	4	สถานดูแลกลางวัน..... 10
ช่วยดัดแปลงที่พักให้เหมาะสมกับการดูแล.....	5	สถานที่รับฝากชั่วคราว เช่น
การฝึกอบรมให้สามารถดูแลได้ถูกต้อง.....	6	เพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสพักผ่อน เป็นต้น..... 11
คนช่วยดูแลบางเวลา.....	7	สถานที่รับดูแลตลอดไป..... 12
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 13
ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	
F94	F95	F96

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 6 ลักษณะความบกพร่อง

ถามทุกคน		ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F97						
"....(ชื่อ)....มีลักษณะดังต่อไปนี้หรือไม่" ให้อ่านลักษณะความบกพร่องให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ฟัง บันทึกรหัส ไม่มี..... 1 (ข้ามไปตอนที่ 7) มี..... 2 (ถามต่อไป)	ให้บันทึกรหัส ลักษณะความบกพร่อง อายุประมาณที่เริ่มเป็น สาเหตุที่ทำให้เป็น และระยะเวลาที่เป็น							อายุที่เริ่มเป็น "....(ชื่อ)....เริ่มมีความบกพร่องลักษณะต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร" ถ้า เริ่มมีความบกพร่องเมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ซิดขวา ระยะเวลาที่เป็น น้อยกว่า 6 เดือน.....1 มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน.....2
	ลักษณะความบกพร่อง				สาเหตุ			
ตาบอด 2 ข้าง..... 1	แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ	อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1	"....(ชื่อ)....เริ่มมีความบกพร่องลักษณะต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร" ถ้า เริ่มมีความบกพร่องเมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ซิดขวา ระยะเวลาที่เป็น น้อยกว่า 6 เดือน.....1 มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน.....2					
สายตาเลือนราง 2 ข้าง..... 2	เกร็ง โกง กระตุก สั่น..... 13	อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2						
ตาบอด 1 ข้าง และ	แขน 2 ข้าง/ ขา 2 ข้าง	อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3						
เลือนราง 1 ข้าง..... 3	ไม่เท่ากัน..... 14	อุบัติเหตุทางน้ำ..... 4						
หูหนวก 2 ข้าง..... 4	เท้าปุก เข่าตะแคง เข่ากลับ..... 15	อุบัติเหตุจากกระบะเบ็ด..... 5						
หูตึง 2 ข้าง..... 5	อัมพาต..... 16	อุบัติเหตุหรือจราจล..... 6						
สื่อความด้วยการพูด	อัมพฤกษ์..... 17	หกล้ม..... 7						
และการฟังไม่ได้..... 6	โรคจิต / วิกฤตจิต..... 18	ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 8						
แขนขาด..... 7	ออทิสติก..... 19	ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือการทำงาน..... 9						
ขาขาด..... 8	ปัญญาอ่อน..... 20	สารเคมี / ยา..... 10						
มือขาด..... 9	บกพร่องทางการเรียนรู้..... 21	ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 11						
นิ้วมือขาด ไม่สามารถ	ปากแหว่ง และ/	โรคภัยไข้เจ็บ..... 12						
หยิบจับสิ่งของได้..... 10	หรือเพดานโหว่..... 22	จากกรรมพันธุ์..... 13						
นิ้วหัวแม่มือขาด..... 11	ศีรษะใหญ่เกินปกติ..... 23	จากการตั้งครรภ์/คลอด..... 14						
แขน ขา ลิบ/เหยียดงอไม่ได้..... 12	ใบหน้าผิดปกติหรือผิดปกติ..... 24	ชราภาพ..... 15						
	คนแคระ / คนยักษ์..... 25	ได้รับการกระทบด้านจิตใจ..... 16						
		ไม่ทราบสาเหตุ..... 17						
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 18						
ลักษณะความบกพร่องที่ 1				ลักษณะความบกพร่องที่ 2				
ลักษณะความบกพร่อง	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	ระยะเวลาที่เป็น	ลักษณะความบกพร่อง	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	ระยะเวลาที่เป็น	
F97	F98	F99	F100	F101	F102	F103	F104	F105

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	57	59	61	63	64	66	68	70

ตอนที่ 7 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต				
ให้พนักงานแจกฉบับพิจารณา	ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F106			
	ผู้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง คือ	"ปัจจุบัน..(ชื่อ)..ใช้อุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม หรือ เครื่องช่วยคนพิการหรือไม่" (รวมทั้ง อุปกรณ์ที่ทำเอง) ถ้า ไม่ใช้ ให้บันทึกรหัส "1" ใน F107 แล้วข้ามไปถาม F110 ถ้า ใช้ บันทึกได้ไม่เกิน 3 รหัส		ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F107
1) ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ ที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อย่างน้อย 1 อย่าง (ตอนที่ 4 : F19 = 2) หรือ 2) ความลำบากในการดูแลตนเอง (ตอนที่ 5 : F84 = 2) หรือ 3) ลักษณะความบกพร่อง (ตอนที่ 6 : F97 = 2)	บันทึกรหัส ไม่ใช้.....1 (ข้ามไปถาม F110) ใช้ กายอุปกรณ์เสริมระดับได้คอก/เหนือคอก...12 กายอุปกรณ์เสริมระดับได้เข้า / เหนือเข้า...13 รองเท้าคนพิการ.....14 แว่นขยาย.....2 รถนั่งคนพิการ.....15 แวนตาที่ตัดพิเศษ.....3 รถสามล้อโยก.....16 เลนส์ขยาย.....4 เบาะรองนั่ง.....17 กล้องส่องดูไกล.....5 ที่นอนลม ลดการกดทับ.....18 เครื่องช่วยพูด.....6 ไม่เท่า.....19 เครื่องช่วยฟัง.....7 ไม่เท่าแบบสามขา.....20 แขนเทียม.....8 ไม่ค้ำยันรักแร้ / ระดับแขน.....21 มือเทียม.....9 อุปกรณ์ช่วยเดินชนิดสี่ขา.....22 นิ้วเทียม.....10 อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อ.....23 ขาเทียม.....11 ไม่เท่าคนตาบอด.....24 อื่น ๆ (ระบุ).....25 (ถ้าบันทึกรหัส 2-25 ในสอดมิได้สอดมิหนึ่ง ให้ข้ามไปถาม F111)	บันทึกรหัส ไม่จำเป็นต้องใช้.....1 ไม่ใช้.....2 มีแต่ไม่ใช้เนื่องจาก มีความยุ่งยากในการใช้หรือ ดูแลรักษา.....3 ใช้แล้วเจ็บบริเวณ อวัยวะส่วนนั้น.....4 ไม่ชอบรูปลักษณะของอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียมนั้น.....5 ต้องการให้มีผู้ดูแลมากกว่า ใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ.....6 อื่น ๆ (ระบุ).....7	คำตอบที่ 1 คำตอบที่ 2 คำตอบที่ 3	คำตอบที่ 1 คำตอบที่ 2 คำตอบที่ 3
F106	F107	F108	F109	F110
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	72	74	76	78

ตอนที่ 7 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)

ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F106

<p>"....(ชื่อ)....จดทะเบียน คนพิการหรือไม่" บันทึกรหัส</p> <p>จดทะเบียนและมีบัตร/ สมุดประจำตัวคนพิการแล้ว.. 1</p> <p>ไม่ได้จดทะเบียน</p> <p>ไม่ต้องการจดทะเบียน</p> <p>คนพิการ..... 2</p> <p>ไม่ทราบข้อมูล (เช่น ไม่ทราบว่า มีการจดทะเบียน สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่จะได้รับ)..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก..... 4</p> <p>ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน..... 5</p> <p>ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน.. 6</p> <p>ความพิการไม่อยู่ใน ระดับที่จดทะเบียนได้..... 7</p> <p>ไม่มีคนพาไป..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p>	<p>"....(ชื่อ)....ได้ เบี้ยคนพิการ หรือไม่" บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ได้รับ..... 1</p> <p>ได้รับ..... 2</p>	<p>"ปัจจุบัน....(ชื่อ)...ได้รับ สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลัก ของรัฐหรือไม่ ถ้าได้รับ ได้จากแหล่งใด" บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ได้รับสวัสดิการ</p> <p>ค่ารักษาพยาบาล..... 1</p> <p>บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)..... 2</p> <p>บัตรประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ..... 4</p>	<p>"....(ชื่อ)....ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง การดูแลจากรัฐเพิ่มเติมหรือไม่" ถ้า ต้องการ บันทึกรหัสได้ไม่เกิน 2 รหัส เรียงลำดับตามความต้องการมากที่สุด 2 ลำดับ</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ต้องการ..... 1 บริการพาหนะเวลาจำเป็นต้องไปที่อื่น</p> <p>ต้องการ เช่น ไปโรงพยาบาล เป็นต้น..... 10</p> <p>เงินสนับสนุน..... 2 เข้ารับการรักษาใน</p> <p>งานมีรายได้ที่บ้าน..... 3 โรงพยาบาลได้โดยสะดวก..... 11</p> <p>ลดหย่อนภาษี..... 4 สถานดูแลกลางวัน..... 12</p> <p>ช่วยดัดแปลงที่พักให้เหมาะสม สถานที่รับฝากชั่วคราว เช่น เพื่อให้</p> <p>กับการดำรงชีวิตตนเอง..... 5 ผู้ดูแลมีโอกาสพักผ่อน เป็นต้น..... 13</p> <p>การฝึกอบรมให้สามารถ สถานที่รับดูแลตลอดไป..... 14</p> <p>ดูแลตนเองได้..... 6 เวชภัณฑ์สิ้นเปลือง เช่น สายใส่อาหาร</p> <p>คนช่วยดูแลบางเวลา..... 7 ผ้าอ้อม สายสวนปัสสาวะ</p> <p>พยาบาลมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและ ถูจจจาระ/ปัสสาวะ ฯลฯ..... 15</p> <p>ให้การดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น..... 8 อุปกรณ์อำนวยความสะดวก/</p> <p>การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและ เครื่องช่วยคนพิการ..... 16</p> <p>ชุมชน..... 9 อื่น ๆ (ระบุ)..... 17</p>	
F111	F112	F113	ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79

80

81

82

84

ตอนที่ 7 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)

ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F106 และมีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ใช้คอมพิวเตอร์หรือไม่ ถ้าใช่ ส่วนใหญ่ใช้ที่ใด" (คอมพิวเตอร์ หมายถึง ตั้งโต๊ะ หรือ พกพา หรือ Tablet)</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ใช้..... 1</p> <p>ใช้</p> <p>ที่บ้าน..... 2</p> <p>ที่ทำงาน..... 3</p> <p>สถานศึกษา..... 4</p> <p>ร้านอินเทอร์เน็ต..... 5</p> <p>ศูนย์บริการสารสนเทศประชาชน/ ห้องสมุด..... 6</p> <p>บ้านเพื่อน/คนรู้จัก/ญาติ..... 7</p> <p>ศูนย์การเรียนรู้ ICT ชุมชน..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p>	<p>"....(ชื่อ)...มีคอมพิวเตอร์ดังต่อไปนี้ ใช้ส่วนตัวหรือไม่" (ไม่รวม คอมพิวเตอร์ที่ทำงาน หรือที่ยืมมาใช้)</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถ้า บันทึกรหัส 1 ใน F117 -F119 ทุกสมรรถ ให้ข้ามไปถาม F121)</p> <p>(ถ้า บันทึกรหัส 2 ใน F117-F119 อย่างน้อย 1 สมรรถ ให้ถาม F120)</p>			<p>ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F117-F119 อย่างน้อย 1 สมรรถ</p> <p>"....(ชื่อ)...มีเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก ใช้ร่วมกับ คอมพิวเตอร์ส่วนตัว เพื่อให้สามารถใช้ คอมพิวเตอร์ได้ หรือใช้สะดวกมากขึ้น หรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มี</p> <p>โปรแกรม..... 2</p> <p>อุปกรณ์ต่อพ่วง..... 3</p> <p>ทั้ง 2 อย่าง..... 4</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ใช้อินเทอร์เน็ตหรือไม่ ถ้าใช่ ส่วนใหญ่ใช้ที่ใด"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ใช้..... 1</p> <p>ใช้</p> <p>ที่บ้าน..... 2</p> <p>ที่ทำงาน..... 3</p> <p>สถานศึกษา..... 4</p> <p>ร้านอินเทอร์เน็ต..... 5</p> <p>ศูนย์บริการสารสนเทศประชาชน/ ห้องสมุด..... 6</p> <p>บ้านเพื่อน/คนรู้จัก/ญาติ..... 7</p> <p>ศูนย์การเรียนรู้ ICT ชุมชน..... 8</p> <p>ตามสถานที่ต่าง ๆ ผ่าน คอมพิวเตอร์พกพา, Tablet, PDA หรือโทรศัพท์มือถือ..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>
	<p>คอมพิวเตอร์</p>				
	ตั้งโต๊ะ	พกพา	Tablet		
F116	F117	F118	F119	F120	F121

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 7 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)			ผู้ตอบสัมภาษณ์
ถามผู้บันทึกที่ 2 ใน F106 และมีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป			บันทึกที่สื่ทุกคน
<p>"....(ชื่อ).... มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) ใช้ส่วนตัว หรือไม่"</p> <p>บันทึกที่สื่</p> <p>ไม่มี..... 1 มี..... 2</p>	<p>"....(ชื่อ)....มีความลำบากหรือข้อจำกัดใน การทำกิจกรรมในครัวเรือน เช่น การทำงานบ้าน ซั้วของ และไปตลาด เป็นต้น อันเนื่องจากปัญหาสุขภาพ และลักษณะความบกพร่อง หรือไม่"</p> <p>บันทึกที่สื่</p> <p>ไม่มี..... 1 มี สาเหตุ/ปัจจัยจาก</p> <p>สภาพความพิการ..... 2 การเดินทางไม่สะดวก..... 3 ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้านหรือ ภายนอกบ้าน..... 4 คนในบ้านไม่ยอมให้ไป..... 5 ไม่มีคนพาไป..... 6 สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม..... 7 อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p>	<p>"....(ชื่อ)....มีความลำบากหรือข้อจำกัดใน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่ต้องการเข้าร่วม เช่น ไปวัด โบสถ์ มัสยิด งานแต่งงาน และงานศพ เป็นต้น อันเนื่องจากปัญหาสุขภาพ และลักษณะความบกพร่อง หรือไม่"</p> <p>บันทึกที่สื่</p> <p>ไม่มี..... 1 มี สาเหตุ/ปัจจัยจาก</p> <p>สภาพความพิการ..... 2 การเดินทางไม่สะดวก..... 3 ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้านหรือ ภายนอกบ้าน..... 4 คนในบ้านไม่ยอมให้ไป..... 5 ไม่มีคนพาไป..... 6 สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม..... 7 อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p>	<p>บันทึกที่สื่</p> <p>ตอบเอง..... 1 ตอบแทน เนื่องจาก</p> <p>ความพิการ/เจ็บป่วย..... 2 เด็ก/ชรา..... 3 ไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์..... 4 อื่น ๆ (ระบุ)..... 5</p>
F122	F123	F124	Response
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 8 ลักษณะของครัวเรือน

ให้บันทึกรหัสลงใน

1. ลักษณะของที่อยู่อาศัย

 H1 (col.37)

- ตึก..... = 1
 ไม้..... = 2
 ครึ่งตึกครึ่งไม้..... = 3
 ใช้วัสดุไม่ถาวรในท้องถิ่น..... = 4
 ใช้วัสดุใช้แล้ว เช่น ทัพ ลัง..... = 5
 อื่น ๆ (ระบุ)..... = 6

2. สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย

 H2 (col.38)

- เป็นเจ้าของบ้าน มีภาระผ่อนชำระ..... = 1
 เป็นเจ้าของบ้าน ไม่มีภาระผ่อนชำระ..... = 2
 เช่าซื้อ..... = 3
 เช่า..... = 4
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า เพราะเป็นส่วนหนึ่งของค้ำจ้ง..... = 5
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า เพราะให้อยู่เปล่า..... = 6
 อื่นๆ (ระบุ)..... = 7

(ข้ามไปข้อ 4)

3. สถานภาพการครอบครองที่ดิน

(ตามเฉพาะ H2 บันทึกรหัส 1-3)

 H3 (col.39)

- เป็นเจ้าของ..... = 1
 เช่าซื้อที่ดิน..... = 2
 เช่า..... = 3
 ไม่เสียค่าเช่าที่ดิน..... = 4
 อื่นๆ (ระบุ)..... = 5

4. จำนวนห้อง

ห้องทั้งหมด (ไม่นับห้องน้ำ ห้องส้วม).....

 H4 (col.40)

ห้องที่เขื่อน.....

 H5 (col.41)

5. ไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย

(รวมไฟฟ้าที่ต่อจากแบตเตอรี่และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอื่น ๆ)

มี..... = 1

 H6 (col.42)

ไม่มี..... = 0

6. การใช้ส้วม (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

- ส้วมแบบนั่งยองเท้า..... = 1 H7 (col.43)
 ส้วมแบบนั่งยอง..... = 2
 ส้วมแบบนั่งยองเท้า และส้วมแบบนั่งยอง..... = 3
 ส้วมหลุม/ ส้วมต้ง/ ส้วมถ่ายลงแม่น้ำลำคลอง
 หรือ ส้วมลักษณะอื่น ๆ โดยมีห้องกัน..... = 4
 ไม่มีส้วม..... = 5

7. น้ำดื่ม (บันทึกประเภทที่ดื่มเป็นส่วนใหญ่)

 H8 (col.44)

8. น้ำใช้ (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

 H9 (col.45)

- น้ำประปา..... = 1
 น้ำประปาผ่านการบำบัด (ต้ม/ กรอง)..... = 2
 น้ำบาดาล..... = 3
 น้ำบ่อ..... = 4
 น้ำจากแม่น้ำลำธาร/คลอง/น้ำตก/ภูเขา..... = 5
 น้ำฝน..... = 6
 น้ำดื่มบรรจุขวด/ตู้จำหน่ายหยอดเหรียญ..... = 7
 อื่น ๆ = 8

9. สมาชิกในครัวเรือนคนใดคนหนึ่งเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

ถ้า "เป็นเจ้าของ" บันทึกรหัส "1" "ไม่เป็นเจ้าของ" บันทึกรหัส "0"

- โทรศัพท์..... H10 (col.46)
 เครื่องเล่นวิดีโอ / วีซีดี / ดีวีดี..... H11 (col.47)
 โทรศัพท์บ้าน (โทรศัพท์พื้นฐาน)..... H12 (col.48)
 โทรศัพท์มือถือ..... H13 (col.49)
 เครื่องคอมพิวเตอร์..... H14 (col.50)
 ตู้เย็น..... H15 (col.51)
 ไมโครเวฟ / เตาอบ..... H16 (col.52)
 เครื่องซักผ้า..... H17 (col.53)
 เครื่องปรับอากาศ..... H18 (col.54)
 รถยนต์ส่วนบุคคล / รถจักรยานยนต์ / รถตู้..... H19 (col.55)
 รถจักรยานยนต์..... H20 (col.56)
 รถแทรกเตอร์ 4 ล้อ..... H21 (col.57)
 รถไถ 2 ล้อ (รถไถเดินตาม)..... H22 (col.58)

10. ครัวเรือนนี้ มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต หรือไม่?

มี..... = 1 H23 (col.59)

ไม่มี..... = 0