

สรุปการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโพไร่หวาน  
องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒	กลุ่มที่ ๓	กลุ่มที่ ๔
เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะ สับสน ทางสมอง	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต
จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
๓	๖	-	๘

ลงชื่อ ช้อยท พูลสอน ผู้รายงาน  
(นางสาวช้อยท พูลสอน)  
(...เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน.....)

วันที่ ๒๗ เดือน กันยายน พ.ศ. ....๒๕๖๕.....

สำเนาออกสั่ง

ช้อยท พูลสอน  
(นางสาวช้อยท พูลสอน)  
เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุพึ่งพิงและผู้อ่อนที่มีภาวะพึ่งพิง  
 ชื่อหน่วยบริการ ศูนย์ฯ.....รพ.สต.โพไร่หวาน..... ชื่ออปท.....อบต.โพไร่หวาน.....

ประเภทผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ที่	ชื่อ-นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน	บ้านเลขที่	อายุ	ADL	TAI	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
กลุ่มที่ ๑ เติบโตขึ้นไหวได้บ้าง และอาจมีปัญญาทางการกินหรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะเสี่ยงทาง สมอง	๑	นาง ลาก	แม่บนาค	๑๖	๙๑	๑๑	B๓	๖๐๐๐	
	๒	นาง ลำไย	ชวนรัก	๒๗	๙๕	๑๑	B๓	๖๐๐๐	
	๓	นางสาว จุลอม	แสงประสาท	๑๙	๘๑	๑๑	B๓	๖๐๐๐	
รวมจำนวน.....๓.....คน									
กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะเสี่ยงทางสมอง	๑	นาง เสี่ยม	พิณทิพย์	๖๖	๙๑	๘	C๒	๖๐๐๐	
	๒	นาย บุญส่ง	ตาละลักษณ์	๒๑	๘๒	๖	C๔	๖๐๐๐	
	๓	นาง บุญเสียม	ฉายอรุณ	๔๔	๙๐	๑๐	C๓	๖๐๐๐	
	๔	นาง ประทุม	แม่แม่หนอง	๘	๗๙	๑๐	C๓	๖๐๐๐	
	๕	นาง จ้อย	แม่แม่หนอง	๑๕	๙๐	๕	C๔	๖๐๐๐	
	๖	นาย ประเสริฐ	ศรีจิงหวัด		๖	๘๘	๕	C๔	๖๐๐๐
รวมจำนวน.....๖.....คน									

**สำเนาถูกต้อง**  
 โดย **คุณสุวิมล**  
 (นางสาวช่อผกา พูลสวน)  
 เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีความพึ่งพิง ตำบลโพไร่หวาน  
 ชื่อหน่วยบริการ ศูนย์ฯ.....รพ.สต. โพไร่หวาน..... ชื่ออปท.....อบต.โพไร่หวาน.....

ประเภทผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ที่	ชื่อ-นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน	บ้านเลขที่	อายุ	ADL	TAI	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และ อาจมีปัญหาการกินหรือการ ขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง									
รวมจำนวน.....คน									
กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	๑	นาย	อิทธิพล	แสงมณี	๖๘/๓๓	๓๗	๐	๑๑	๖๐๐๐
	๒	นาง	สะเทือน	เนียมเกิด	๒	๕๔	๐	๑๒	๖๐๐๐
	๓	นาย	ทาบ	วันทอง	๕๒	๘๖	๐	๑๒	๖๐๐๐
รวมจำนวน.....๘.....คน									

สำนักงานคลัง  
 โดย พงษ์สวัสดิ์  
 (นางสาวช่อผกา พูลสวน)  
 เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้อ่อนทรมภาวะพึ่งพิงและผู้อ่อนทรมภาวะพึ่งพิง ตำบลโพธิ์ไร่หวาน  
 ชื่อหน่วยบริการ ศูนย์ฯ.....รพ.สต.โพธิ์ไร่หวาน..... ชื่ออปท.....อบต.โพธิ์ไร่หวาน.....

ประเภทผู้ทรมภาวะพึ่งพิง	ที่	ชื่อ-นามสกุล		เลขที่บัตรประชาชน	บ้านเลขที่	อายุ	ADL	TAI	จำนวนเงิน	หมายเหตุ	
		ชื่อ-นามสกุล	พงระยา								
กลุ่มที่ ๔ เหนือกลุ่มที่ ๓ และเมื่ออาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	๔	นาง	ทองดี		๑๐๙/๑๔๐	๙๓	๓	B๓	๖๐๐๐		
	๕	นาง	มยุ		๕๑	๘๘	๑	๒๓	๖๐๐๐		
	๖	นาย	นวน	แม่แม่ในทอง		๑๕	๘๖	๐	๑๑	๖๐๐๐	เสียชีวิต
	๗	นาง	เจิม	พี่พล		๘๕	๗๙	๐	๑๑	๖๐๐๐	
	๘	นาย	คุณ	พรทนต์พรหม		๖๙	๖๗	๐	๖๐๐๐		
รวมทั้งหมด.....๑๗.....คน											
รวมจำนวน.....๘.....คน											

สำเนาถูกต้อง

ไชยมก ชูสีลา  
 (นางสาวชอผกา พูลสวน)  
 เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน