

ลับ

ชุดที่.....จำนวน.....ชุดของครัวเรือนนี้



สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สคพ.

(ถามครัวเรือนส่วนบุคคล)

การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2565

- | | | | |
|--|----------|---------|-------|
| 1. ภาค.....จังหวัด..... | REG | CWT | 1-3 |
| 2. อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง..... | AMP | TMB | 4-7 |
| 3. บ้านเลขที่..... ถนน.....ตรอก/ซอย..... | | | |
| 4. ในเขตเทศบาล EA..... | AREA | EA | 8-12 |
| นอกเขตเทศบาล EA.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน..... | | VIL | 13-14 |
| 5. ลำดับที่ EA ตัวอย่าง..... | PSU_NO | | 15-18 |
| 6. ชุดที่ EA ตัวอย่าง..... | | EA_SET | 19-20 |
| 7. เดือน.....พ.ศ. 2565 | MONTH_YR | 6 5 | 21-24 |
| 8. ลำดับที่ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง | HH_NO | | 25-27 |
| 9. กลุ่มครัวเรือนตัวอย่าง <u>ชั้นนับจุด</u> <u>ชั้นแฉ่งนับ</u> | LIST_GR | ENUM_GR | 28-29 |
| 10. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <u>ชั้นแฉ่งนับ</u>คน | MEMBERS | | 30-31 |
| 11. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <u>ชั้นนับจุด</u>คน | LISTING | | 32-33 |
| 12. จำนวนสมาชิกที่มีความพิการ (F114 = 1) ในครัวเรือนนี้ <u>ชั้นแฉ่งนับ</u>คน | MEM_DIS | | 34-35 |
| 13. ผลการแฉ่งนับครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส) | ENUM | | 36-37 |

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

แฉ่งนับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565

ตรวจงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565

--	--	--	--	--	--

ID_CODE1

พนักงานแฉ่งนับ

273-279

--	--	--	--	--	--

ID_CODE2

เจ้าหน้าที่วิชาการ

280-286

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

ลำดับที่	ถามทุกคนในครัวเรือน							
	คำนำหน้า- ชื่อ- นามสกุล			ความเกี่ยวพัน กับหัวหน้าครัวเรือน	เพศ	อายุ	สัญชาติ	"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...ได้รับ สวัสดิการค่ารักษา พยาบาลหลักของรัฐหรือไม่ ถ้าได้รับ ได้รับจากแหล่งใด"
	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล					
	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส	บ้านที่กรหัส
	นาย..... 1			ภรรยาหรือสามี..... 2	ชาย....1	อายุเต็มปี	ไทย..... 1	ไม่ได้รับสวัสดิการ
	นาง..... 2			บุตรที่ยังไม่สมรส..... 3	หญิง...2		พม่า..... 2	ค่ารักษาพยาบาล..... 1
	นางสาว..... 3			บุตรที่สมรสแล้ว..... 4		ถ้า ต่ำกว่า 1 ปี	กัมพูชา..... 3	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
	เด็กชาย..... 4			บุตรเขย/บุตรสะใภ้..... 5		ให้บันทึก	ลาว..... 4	- ทั่วไป..... 2
	เด็กหญิง..... 5			บุตรของบุตร..... 6		"0"	มาเลเซีย..... 5	- คนพิการ (ท.74)..... 3
	อื่น ๆ (ระบุ)... 6			พ่อแม่..... 7			จีน..... 6	- ไม่ทราบประเภท..... 4
				พ่อแม่ของคู่สมรส..... 8			ญี่ปุ่น..... 7	บัตรประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน
				ปู่ ย่า ตา ยาย..... 9			อินเดีย..... 8	
				ลุง ป้า น้า อา..... 10			อังกฤษ..... 9	- ทั่วไป..... 5
				พี่น้อง..... 11			สหรัฐอเมริกา. 10	- ทพพลภาพ..... 6
				ญาติอื่น ๆ..... 12			สัญชาติอื่น ๆ	- ไม่ทราบประเภท..... 7
				ผู้อาศัย..... 13			(ระบุ)..... 11	สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ..... 8
				คนรับใช้/ลูกจ้างในครัวเรือน..... 14			ไม่มีสัญชาติ... 12	
				ลูกจ้างในธุรกิจของครัวเรือน..... 15				
F1	F2	F3_1	F3_2	F4	F5	F6	F7	F8

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

ตอนที่ 1 (ต่อ)	ตอนที่ 2 การศึกษา			
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	ถามผู้ที่มีอายุ 5 - 30 ปี			
สถานภาพสมรส	ชั้นที่กำลังเรียน	"...(ชื่อ)...กำลังเรียนหนังสือในโรงเรียน/สถานศึกษาประเภทใด"	ถามผู้ที่บันทึก "ไม่เรียน" ใน F10	ถามผู้บันทึก
บัณฑิตกรหัส	"...(ชื่อ)...ขณะนี้กำลังเรียนชั้นใด"	บัณฑิตกรหัส	"...(ชื่อ)...ไม่ได้เรียนหนังสือเพราะเหตุใด" ให้บันทึก สาเหตุที่สำคัญที่สุด	รหัส 4-15 ใน F12
บัณฑิตกรหัส	บัณฑิตกรหัส	โรงเรียน/สถานศึกษาสำหรับนักเรียนทั่วไป..... 1	อายุไม่ถึงเกณฑ์การศึกษา..... 1	บัณฑิตกรหัส
โสด..... 1	ชั้น ปี สถาบันที่กำลังเรียน	โรงเรียน/สถานศึกษา	จบการศึกษาแล้ว..... 2	บัณฑิตกรหัส
สมรส หรืออยู่กิน	โดยละเอียด	ชั้นคู่นาน..... 2	ไม่สนใจหรือคิดว่า	บัณฑิตกรหัส
ฉันสามารถรยา..... 2	ถ้า ไม่เรียน	โรงเรียน/สถานศึกษาเฉพาะ	ไม่มีประโยชน์ที่จะเรียน... 3	ไม่มี..... 1
หม้าย..... 3	บัณฑิต "ไม่เรียน"	ความพิการสำหรับคนพิการ	(ถ้าบัณฑิตกรหัส 1 - 3	มี จัดโดย
หย่า..... 4	(ข้ามไปถาม F12)	แต่ละประเภท..... 3	ข้ามไปถาม F14)	ผู้ปกครอง..... 2
แยกกันอยู่..... 5		โรงเรียน/สถานศึกษาเฉพาะ	เข้าเรียนต่อไม่ได้..... 4	ศูนย์การเรียนรู้
		คนพิการที่ให้บริการ	ไม่มีทุนทรัพย์เรียน..... 5	ชุมชน/มูลนิธิ/
		มากกว่า 1 ประเภท..... 4	ต้องหาเลี้ยงตนเองหรือ	เครือข่าย
		ศูนย์การศึกษาพิเศษ	ครอบครัว..... 6	ผู้ปกครอง/
		(เตรียมความพร้อมให้	มีปัญหาทาง	ศูนย์บริการ
		คนพิการก่อนเข้าเรียน)..... 5	ความประพฤติ..... 7	คนพิการทั่วไป... 3
		กศน..... 6	พิการ เรียนได้ แต่ถูกเพื่อน	อื่น ๆ (ระบุ)..... 4
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 7	ล้อเลียน/แกล้ง..... 8	
			อื่น ๆ (ระบุ)..... 15	
F9	F10	F11	F12	F13

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	54	55	57

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</p> <p>ถ้า ไม่เคยเรียน บันทึก "ไม่เคยเรียน"</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ทำงานอะไร"</p> <p>- ถ้า ทำงาน ให้บันทึก อาชีพหรือตำแหน่ง หน้าที่การงานที่มี ชั่วโมงการทำงานสูงสุด (ถามต่อไป)</p> <p>- ถ้า ไม่ทำงาน ให้บันทึก "ไม่ทำ" (ข้ามไปถาม F19)</p>	<p>"กิจกรรมหลักที่ ...(ชื่อ)...ทำอยู่เป็นกิจกรรม หรือผลคืออะไร"</p> <p>ให้บันทึก ประเภทของกิจการ หรือลักษณะของงาน ให้ชัดเจน</p>	<p>"...(ชื่อ)...ทำงาน ในฐานะอะไร"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>นายจ้าง..... 1</p> <p>ผู้ทำงานส่วนตัว (โดยไม่มีลูกจ้าง)..... 2</p> <p>ผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน (โดยไม่ได้รับค่าจ้าง)..... 3</p> <p>ถ้าบันทึกรหัส 3 ข้ามไปถาม ตอนที่ 5)</p> <p>ลูกจ้างรัฐบาล..... 4</p> <p>ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>ลูกจ้างเอกชน..... 6</p> <p>สมาชิกของการรวมกลุ่ม ผู้ผลิต..... 7</p>
F14	F15	F16	F17

<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"/>
58	61	65	70

ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ต่อ)	
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	
รายได้	เหตุผลที่ไม่ได้ทำงาน
ถามผู้บันทึกที่รหัส 1 - 2 และ 4 - 7 ใน F17	ถามผู้บันทึก "ไม่ทำ" ใน F15
<p>"...(ชื่อ)...มีรายได้ (สุทธิ) <u>ที่เป็นตัวเงิน และที่เป็นสิ่งของ</u> จากการทำงาน หรือการลงทุน เฉลี่ยประมาณเดือนละกี่บาท"</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>รายได้ที่เป็นสิ่งของ ให้ประมาณราคาส่งของ ที่ได้รับจากการทำงาน รวมทั้งการนำสินค้า หรือบริการจากการทำธุรกิจ หรือการเกษตร มาบริโภคหรือใช้ภายในครัวเรือน</p> </div> <p>ให้บันทึก รายได้สุทธิ หลังจากหักต้นทุน ในการทำงาน หรือการลงทุน</p> <p>ถ้า ขาดทุนหรือไม่มีรายได้ ให้บันทึก "0"</p>	<p>"...(ชื่อ)...ไม่ทำงานเพราะเหตุใด"</p> <p>บันทึกที่รหัส</p> <p>ทำงานบ้าน.....1</p> <p>เรียนหนังสือ.....2</p> <p>กำลังหางานทำ.....3</p> <p>ยังเด็กหรือชรา.....4</p> <p>ป่วย พิกการ ฯลฯ จนไม่สามารถทำงานได้.....5</p> <p>อยากอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องการทำงาน.....6</p> <p>เกษียณ.....7</p> <p>สามารถทำงานได้ แต่ไม่มีเงินทุน.....8</p> <p>ขาดผู้แนะนำด้านอาชีพ.....9</p> <p>ไม่มีความรู้หรือทักษะในการทำงาน.....10</p> <p>ญาติพี่น้องให้ความอุปการะ.....11</p> <p>บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติให้ความอุปการะ.....12</p> <p>มีปัญหาหรือข้อจำกัดในการเดินทาง.....13</p> <p>มีปัญหาหรือข้อจำกัดในการสื่อสาร.....14</p> <p>สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมและไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก.....15</p> <p>ดูแลคนป่วย คนพิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ.....16</p> <p>ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19.....17</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....18</p> <p>(เมื่อบันทึกที่รหัสแล้ว ข้ามไปถาม ตอนที่5)</p>
F18	F19

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

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

	ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F20 (เด็กใส่แว่นตา)	ถามผู้บันทึก รหัส 2 ใน F20 (เด็กไม่ใส่แว่นตา)		ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F23 (เด็กใช้เครื่องช่วยฟัง)	ถามผู้บันทึก รหัส 2 ใน F23 (เด็กไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง)
"ขอถาม คำถามเกี่ยวกับ ความลำบากหรือ ปัญหาสุขภาพของ เด็กอายุ 2 - 4 ปี"	"เมื่อใส่แว่นตา ของเขาแล้ว...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่" บันทึกรหัส	"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่" บันทึกรหัส	"...(ชื่อเด็ก)... ใช้เครื่องช่วยฟัง หรือไม่" บันทึกรหัส	"เมื่อใช้เครื่องช่วยฟัง ของเขาแล้ว...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการได้ยินเสียง เช่น เสียงของคนหรือ เสียงเพลงหรือไม่" บันทึกรหัส	"...(ชื่อเด็ก)...มี ความลำบากใน การได้ยินเสียง เช่น เสียงของคนหรือ เสียงเพลงหรือไม่" บันทึกรหัส
"...(ชื่อเด็ก)... ใส่แว่นตาหรือไม่" บันทึกรหัส	ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย.. 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4	ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย.. 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4	ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช้..... 2 (ข้ามไปถาม F25)	ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4	ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4
ใส่..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใส่..... 2 (ข้ามไปถาม F22)	(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F23)			(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F26)	
F20	F21	F22	F23	F24	F25

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 2 - 4 ปี (ต่อ)

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

"...(ชื่อเด็ก)... ใช้อุปกรณ์ หรือได้รับ ความช่วยเหลือ สำหรับการเดิน หรือไม่" บันทึกหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช่..... 2 (ข้ามไปถาม F29)	ถามผู้บันทึกหัส 1 ใน F26 (เด็ก <u>ใช้</u> อุปกรณ์หรือ <u>ได้รับ</u> ความช่วยเหลือ สำหรับการเดิน)		ถามผู้บันทึกหัส 2 ใน F26 (เด็ก <u>ไม่</u> ใช้อุปกรณ์ และ <u>ไม่</u> ได้รับความช่วยเหลือ ^a)		"เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากใน การใช้มือหยิบสิ่งของ ขนาดเล็กหรือไม่" บันทึกหัส ไม่มีความลำบาก.... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก.. 3 ทำไม่ได้เลย..... 4	"เมื่อท่านพูด ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการเข้าใจสิ่งที่ ท่านพูดหรือไม่" บันทึกหัส ไม่มีความลำบาก.... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก.. 3 ไม่เข้าใจเลย..... 4
	"เมื่อ <u>ไม่</u> ใช้อุปกรณ์ ของเขาหรือ <u>ไม่</u> ได้รับ ความช่วยเหลือ ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการเดินหรือไม่" บันทึกหัส	"เมื่อ <u>ใช้</u> อุปกรณ์ ของเขาหรือ <u>ได้รับ</u> ความช่วยเหลือ ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการเดินหรือไม่" บันทึกหัส	"เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการเดินหรือไม่" บันทึกหัส			
	มีความลำบากเล็กน้อย. 2	มีความลำบากเล็กน้อย. 2	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1		
	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2		
	เดินไม่ได้เลย..... 4	เดินไม่ได้เลย..... 4	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3		
			เดินไม่ได้เลย..... 4	เดินไม่ได้เลย..... 4		
		(เมื่อบันทึกหัสแล้ว ข้ามไปถาม F30)				
F26	F27	F28	F29	F30	F31	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 2 - 4 ปี (ต่อ)

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

<p>"เมื่อ...(ชื่อเด็ก)...พูด ท่านมีความลำบาก ในการเข้าใจในสิ่งที่ เด็กพูดหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก... 3 ไม่เข้าใจเลย..... 4</p> <p>ถ้า เด็กไม่พูดเลย ให้บันทึก รหัส 4</p>	<p>"เมื่อเปรียบเทียบ กับเด็กที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากใน การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ หรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4</p> <p>การเรียนรู้สิ่งที่ พื้นฐานตามปกติ ซึ่งเด็กควรได้เรียนรู้ ตามวัย เช่น รู้ชื่อสี รู้ตัวอักษร ตัวเลข อย่างง่าย ๆ ได้ เป็นต้น</p>	<p>"เมื่อเปรียบเทียบ กับเด็กที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากใน การเล่นหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก... 3 เล่นไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>"...(ชื่อ)... ได้มีการทำกิจกรรมร่วมหรือ เล่นกับเด็กอื่น ๆ นอกครอบครัวหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>มี..... 1 ไม่มี เนื่องจาก ครอบครัวคิดว่าไม่มีความจำเป็น..... 2 ครอบครัวกังวลว่าเด็กอาจถูกแกล้ง/มีอุบัติเหตุ..... 3 ครอบครัวไม่มีเวลาพาไป..... 4 เพื่อนบ้าน/ศูนย์เด็กเล็กไม่ยอมรับ..... 5 เดินทางไปลำบาก/ไม่มีค่าเดินทาง..... 6 ไม่มีพื้นที่เล่นสำหรับเด็ก..... 7 เด็กป่วย พิจารณาเล่นไม่ได้..... 8</p>	<p>"เมื่อเปรียบเทียบ กับเด็กที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อเด็ก)...เตะ กัด หรือตีเด็กคนอื่น หรือผู้ใหญ่ มากนักน้อยเพียงใด"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เคยทำ..... 1 เท่ากันหรือ น้อยกว่า..... 2 มากกว่า..... 3 มากกว่ามาก..... 4</p> <p>(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถามตอนที่ 8)</p>
F32	F33	F34	F35	F36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 5 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 5 - 17 ปี

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 5 - 17 ปี

"ขอถาม คำถามเกี่ยวกับ ความลำบากหรือ ปัญหาสุขภาพของ เด็กอายุ 5 - 17 ปี"	ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F37 (เด็กใส่แว่นตา หรือ คอนแทคเลนส์)	ถามผู้บันทึก รหัส 2 ใน F37 (เด็กไม่ใส่แว่นตา และ คอนแทคเลนส์)		ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F40 (เด็กใช้ เครื่องช่วยฟัง)	ถามผู้บันทึก รหัส 2 ใน F40 (เด็กไม่ใช้ เครื่องช่วยฟัง)
<p>"...(ชื่อเด็ก)... ใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ หรือไม่" บันทึกรหัส ใส่..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใส่..... 2 (ข้ามไปถาม F39)</p>	<p>"เมื่อใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ ของเขาแล้ว ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4 (เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F40)</p>	<p>"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4</p>	<p>"...(ชื่อเด็ก)..ใช้ เครื่องช่วยฟัง หรือไม่" บันทึกรหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช้..... 2 (ข้ามไปถาม F42)</p>	<p>"เมื่อใช้เครื่องช่วยฟัง ของเขาแล้ว ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการได้ยินเสียง เช่น เสียงของคน หรือ เสียงเพลงหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4 (เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F43)</p>	<p>"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการได้ยินเสียง เช่น เสียงของคน หรือเสียงเพลง หรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4</p>
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"/>

ตอนที่ 5 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 5 - 17 ปี (ต่อ)

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 5 -17 ปี

ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F43

(เด็กที่ใช้อุปกรณ์หรือได้รับความช่วยเหลือ)

เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์และไม่ได้รับความช่วยเหลือ

เมื่อใช้อุปกรณ์หรือได้รับความช่วยเหลือ

"...(ชื่อเด็ก)...ใช้อุปกรณ์
หรือได้รับความช่วยเหลือ
สำหรับการเดินหรือไม่"

ถามผู้บันทึก
รหัส 2 ใน F44

ถามผู้บันทึก
รหัส 1 - 2 ใน F46

บันทึก
ใช้..... 1

"เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์ของเขา
และ ไม่ได้รับความช่วยเหลือ
...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก
ในการเดินระดับพื้นราบ
ระยะ 100 เมตรหรือไม่"

"เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์ของเขา
และ ไม่ได้รับความช่วยเหลือ
...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก
ในการเดินระดับพื้นราบ
ระยะ 500 เมตร
(ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่"

"เมื่อใช้อุปกรณ์ของเขา
หรือ ได้รับความช่วยเหลือ
...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก
ในการเดินระดับพื้นราบ
ระยะ 100 เมตรหรือไม่"

"เมื่อใช้อุปกรณ์ของเขา
หรือ ได้รับความช่วยเหลือ
...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก
ในการเดินระดับพื้นราบ
ระยะ 500 เมตร
(ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่"

(ถามต่อไป)

บันทึก
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2

บันทึก
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2

บันทึก
ไม่มีความลำบาก..... 1

บันทึก
ไม่มีความลำบาก..... 1

ไม่ใช่..... 2

(ถามต่อไป)

มีความลำบากเล็กน้อย..... 2

มีความลำบากเล็กน้อย..... 2

มีความลำบากเล็กน้อย..... 2

มีความลำบากมาก..... 3

มีความลำบากมาก..... 3

(ถ้าบันทึกรหัส 1 - 2
ถามต่อไป)

มีความลำบากมาก..... 3

เดินไม่ได้เลย..... 4

เดินไม่ได้เลย..... 4

มีความลำบากมาก..... 3

เดินไม่ได้เลย..... 4

(ถ้าบันทึกรหัส 3 - 4
ข้ามไปถาม F46)

เดินไม่ได้เลย..... 4

(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว
ข้ามไปถาม F50)

F43

F44

F45

F46

F47

101

102

103

104

105

ตอนที่ 5 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 5 - 17 ปี (ต่อ)

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 5 -17 ปี

ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F43 (เด็กที่ไม่ใช่ผู้ปกครองและไม่ได้รับความช่วยเหลือ)		"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการดูแลตนเอง เช่น กินอาหาร อาบน้ำ หรือ แต่งตัวหรือไม่"	"เมื่อ...(ชื่อเด็ก)...พูด คนในครัวเรือน มีความลำบาก ในการทำความเข้าใจ สิ่งที่เขาพูดหรือไม่"	"เมื่อ...(ชื่อเด็ก)...พูด คนภายนอกครัวเรือน มีความลำบาก ในการทำความเข้าใจ สิ่งที่เขาพูดหรือไม่"
เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน				
"เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเดินระดับ พื้นราบระยะ 100 เมตรหรือไม่"	ถามผู้บันทึก รหัส 1 - 2 ใน F48	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
	"เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเดินระดับ พื้นราบระยะ 500 เมตร (ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่"			
บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	ไม่มี ความลำบาก..... 1	ไม่มี ความลำบาก..... 1	ไม่มี ความลำบาก..... 1
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2	มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2	มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2
(ถ้าบันทึกรหัส 1 - 2 ตามต่อไป)	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3
มีความลำบากมาก..... 3	เดินไม่ได้เลย..... 4	ทำไม่ได้เลย..... 4	ไม่เข้าใจเลย..... 4	ไม่เข้าใจเลย..... 4
เดินไม่ได้เลย..... 4				
(ถ้าบันทึกรหัส 3 - 4 ข้ามไปถาม F50)			ถ้า เด็กไม่พูดเลย ให้บันทึก รหัส 4	ถ้า เด็กไม่พูดเลย ให้บันทึก รหัส 4
F48	F49	F50	F51	F52

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 5 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 5 - 17 ปี (ต่อ)

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 5 -17 ปี

"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ หรือไม่"	"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการมีสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรมที่ชอบหรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของเขาหรือไม่"	"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของเขาหรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการผูกมิตรหรือคบเพื่อนใหม่หรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)...มีอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มใจมากบ่อยแค่ไหน"	"...(ชื่อเด็ก)...มีอาการเสียใจหรือซึมเศร้ามากบ่อยแค่ไหน"
บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ทุกวัน..... 1	ทุกวัน..... 1
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	ทุกสัปดาห์... 2	ทุกสัปดาห์... 2
มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	ทุกเดือน..... 3	ทุกเดือน..... 3
ทำไม่ได้เลย..... 4	ทำไม่ได้เลย..... 4	ไม่มีสมาธิเลย..... 4	ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเลย... 4	ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้เลย..... 4	ทำไม่ได้เลย..... 4	2-3ครั้ง/ปี... 4	2-3ครั้ง/ปี... 4
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> การเรียนรู้ สิ่งที่เป็นพื้นฐาน ตามปกติ ซึ่งเด็ก ควรได้เรียนรู้ ตามวัย </div>						ไม่เคย..... 5	ไม่เคย..... 5
F53	F54	F55	F56	F57	F58	F59	F60

(เมื่อบันทึก
รหัสแล้ว
ข้ามไปถาม
ตอนที่ 7)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111	112	113	114	115	116	117	118

ตอนที่ 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

<p>"...(ชื่อ)... ใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ หรือไม่" บันทึกรหัส ใส่..... 1 ไม่ใส่..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่" ถ้าใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ (F61 = 1) ให้ถามความลำบาก แม้ในขณะที่ ใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ บันทึกรหัส ไม่มีปัญหา..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...ใช้ เครื่องช่วยฟัง หรือไม่" บันทึกรหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช้..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9 (ถ้าบันทึกรหัส 2,7,9 ข้ามไปถาม F65)</p>	<p>ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F63 (ผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง) "...(ชื่อ)...ใช้ เครื่องช่วยฟัง ของตนเอง บ่อยแค่ไหน" บันทึกรหัส ตลอดเวลา..... 1 บางเวลา..... 2 นาน ๆ ครั้ง..... 3 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการได้ยินหรือไม่" ถ้าใช้เครื่องช่วยฟัง (F63 = 1) ให้ถามความลำบาก แม้ในขณะที่ ใช้เครื่องช่วยฟัง บันทึกรหัส ไม่มีปัญหา..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการเดิน หรือ เดินขึ้นบันไดหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย.... 2 มีความลำบากมาก..... 3 เดินไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>
F61	F62	F63	F64	F65	F66

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

"...(ชื่อ)...ใช้อุปกรณ์ หรือได้รับความช่วยเหลือ สำหรับการเคลื่อนที่ไปใน ที่ต่าง ๆ (การไปไหนมาไหน) หรือไม่" บันทึกรหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช่..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9 (ถ้าบันทึกรหัส 2, 7, 9 ข้ามไปถาม F75)	ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F67 (ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ หรือได้รับความช่วยเหลือสำหรับการเคลื่อนที่ฯ) "...(ชื่อ)...ใช้สิ่งต่อไปนี้ หรือไม่" ให้พนักงานแจกจ่ายอ่านรายการ F68 - F74 และบันทึกคำตอบทุกประเภทรายการ บันทึกรหัส ใช้..... 1 ไม่ใช่..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9						
	ไม่เท่า	อุปกรณ์ ช่วยเดิน ชนิด 4 ขา หรือแบบมีล้อ	ไม้ค้ำ ยันรักแร้ หรือ ระดับแขน	รถนั่ง คนพิการหรือ สกู๊ตเตอร์ ไฟฟ้า	ขาเทียม หรือ เท้าเทียม	ความ ช่วยเหลือ	อื่น ๆ (ระบุ)
F67	F68	F69	F70	F71	F72	F73	F74

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 100 เมตรหรือไม่"</p> <p>ถ้าใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วย (F67 = 1) ให้ถามความลำบากฯ เมื่อไม่ใช้เครื่องช่วยสำหรับการเคลื่อนที่</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p> <p>มีความลำบากเล็กน้อย... 2</p> <p>มีความลำบากมาก..... 3</p> <p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p> <p>(ถ้าบันทึกหัตถ์ 4 ข้ามไปถาม F77)</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1-3,7,9 ใน F75</p> <p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 500 เมตร (ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่"</p> <p>ถ้าใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วย (F67 = 1) ให้ถามความลำบากฯ เมื่อไม่ใช้เครื่องช่วยสำหรับการเคลื่อนที่</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p> <p>มีความลำบากเล็กน้อย... 2</p> <p>มีความลำบากมาก..... 3</p> <p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินขึ้นหรือลงบันได 12 ชั้นหรือไม่"</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p> <p>มีความลำบากเล็กน้อย... 2</p> <p>มีความลำบากมาก..... 3</p> <p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p> <p>(ถ้า F67 = 2 หรือ F71 = 1 "ไม่ใช้เครื่องช่วยและไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือหรือ ใช้รถนั่งคนพิการฯ" ข้ามไปถาม F80)</p>	<p>ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1,7,9 ใน F67 และรหัตถ์ 2,7,9 ใน F71 (ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ยกเว้นรถนั่งคนพิการฯ หรือได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ตอบ/ไม่ทราบ)</p> <p>"เมื่อใช้เครื่องช่วยของตนเอง...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 100 เมตรหรือไม่"</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p> <p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p> <p>มีความลำบากมาก..... 3</p> <p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p> <p>(ถ้าบันทึกหัตถ์ 4 ข้ามไปถาม F80)</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1-3,7,9 ใน F78</p> <p>"เมื่อใช้เครื่องช่วยของตนเอง...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 500 เมตร (ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่"</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p> <p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p> <p>มีความลำบากมาก..... 3</p> <p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>
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"/>

ตอนที่ 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)					
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป					
“การใช้ภาษาที่ใช้ตามปกติ ...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการสื่อสาร เช่น เข้าใจ ที่คนอื่นพูด/สื่อสาร หรือ คนอื่นเข้าใจสิ่งที่ ท่านพูด/สื่อสาร หรือไม่”	“...(ชื่อ)... ใช้ภาษามือ หรือไม่”	“...(ชื่อ)... มีความลำบาก ในการจดจำหรือ การมีสมาธิหรือไม่”	ถามผู้บันทึกรหัส 2 - 4,7,9 ใน F82	ถามผู้บันทึกรหัส 1,3,7,9 ใน F83	
	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มีความลำบาก..... 1	ใช้..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	มีความลำบาก	“...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการจดจำ การมีสมาธิ หรือทั้ง 2 อย่างหรือไม่”	“...(ชื่อ)...มี ความลำบาก ในการจดจำ บ่อยแค่ไหน”
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	ไม่ใช้..... 2	ไม่มีความลำบาก..... 1	ในการจดจำอย่างเดียว..... 1	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
มีความลำบากมาก..... 3	ไม่ตอบ..... 7	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบาก	บางครั้ง..... 1	บางอย่าง..... 1
ไม่เข้าใจเลย..... 4	ไม่ทราบ..... 9	มีความลำบากมาก..... 3	ในการมีสมาธิอย่างเดียว..... 2	บ่อย ๆ..... 2	หลายอย่าง..... 2
ไม่ตอบ..... 7		จำไม่ได้ หรือ	(ถ้าบันทึกรหัส 2 ข้ามไปถาม F86)	ตลอดเวลา... 3	เกือบทุกอย่าง... 3
ไม่ทราบ..... 9		ไม่มีสมาธิเลย..... 4	ข้ามไปถาม F86)	ไม่ตอบ..... 7	ไม่ตอบ..... 7
		ไม่ตอบ..... 7	มีความลำบากทั้งการจดจำ	ไม่ทราบ..... 9	ไม่ทราบ..... 9
		ไม่ทราบ..... 9	และการมีสมาธิ..... 3		
			ไม่ตอบ..... 7		
			ไม่ทราบ..... 9		
F80	F81	F82	F83	F84	F85

ตอนที่ 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือ กินอาหาร หรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 (ข้ามไปถาม F90) มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	ถามผู้บันทึกรหัส 2 - 4,7,9 ใน F86			"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการยกขวดน้ำอัดลม ขนาด 2 ลิตร จากระดับเอว ถึงตาหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มี ความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการใช้แขน และนิ้ว เช่น หยิบสิ่งของเล็ก ๆ (เช่น กระจุม หรือ ดินสอ) หรือ เปิด/ปิดภาชนะ/ขวดหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มี ความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...รู้สึกลุ่มใจหรือวิตกกังวลบ่อยแค่ไหน" บันทึกรหัส ทุกวัน..... 1 ทุกสัปดาห์..... 2 ทุกเดือน..... 3 2-3 ครั้ง/ปี..... 4 ไม่เคย..... 5 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...กินยาสำหรับรักษาอาการลุ่มใจหรือวิตกกังวลหรือไม่" บันทึกรหัส กิน..... 1 ไม่กิน..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9 (ถ้า F92 = 5 และ F93 = 2 "ไม่เคยลุ่มใจฯ และ ไม่กินยา"ข้ามไปถาม F95)
	การกินอาหาร	การอาบน้ำ	การแต่งตัว				
F86	F87	F88	F89	F90	F91	F92	F93

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ถามผู้บันทึก รหัส 1 - 4,7,9 ใน F92 หรือรหัส 1,7,9 ใน F93 (ผู้ที่รู้สึกลุ่มใจหรือ กินยา หรือไม่ตอบ/ไม่ทราบ)	"...(ชื่อ)... รู้สึกซึมเศร้า บ่อยแค่ไหน"	"...(ชื่อ)... กินยาสำหรับ รักษาอาการ ซึมเศร้า หรือไม่"	ถามผู้บันทึก รหัส 1 - 4,7,9 ใน F95 หรือ รหัส 1,7,9 ใน F96 (ผู้ที่รู้สึกซึมเศร้า หรือกินยา หรือไม่ตอบ/ไม่ทราบ)	"...(ชื่อ)... มีความลำบาก ในการลุกจาก การนอน เป็นท่าหนึ่งหรือไม่"
<p>“นึกถึงครั้งสุดท้ายที่ ...(ชื่อ)...รู้สึกลุ่มใจ หรือวิตกกังวล โดยมีความรู้สึกดังกล่าว มาน้อยเพียงใด”</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เล็กน้อย..... 1 มาก..... 2 ระหว่างเล็กน้อยและมาก..... 3 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>บันทึกรหัส</p> <p>ทุกวัน..... 1 ทุกสัปดาห์..... 2 ทุกเดือน..... 3 2-3 ครั้ง/ปี..... 4 ไม่เคย..... 5 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>บันทึกรหัส</p> <p>กิน..... 1 ไม่กิน..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p> <p>(ถ้า F95 = 5 และ F96 = 2 “ไม่เคยซึมเศร้า และไม่กินยา” ข้ามไป ถาม F98)</p>	<p>“นึกถึงครั้งสุดท้ายที่ ...(ชื่อ)...มีอาการ ซึมเศร้าโดยมี ความรู้สึกดังกล่าว มาน้อยเพียงใด”</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เล็กน้อย..... 1 มาก..... 2 ระหว่างเล็กน้อยและมาก..... 3 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี ความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9</p>
F94	F95	F96	F97	F98

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

เฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง						
	ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F99		ถามผู้บันทึกรหัส 3 - 16 ใน F100 (มีผู้ดูแล)				
<p>ผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง (มีความลำบากมากหรือ ทำไม่ได้เลย) นั่นคือ F50 = 3 - 4 หรือ F86 = 3 - 4</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ใช่..... 1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ใช่..... 2 (ข้ามไปถามตอนที่ 8)</p>	<p>"ใครเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง" บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีใครดูแล</p> <p>ต้องการผู้ดูแล..... 1</p> <p>ไม่ต้องการมีผู้ดูแล..... 2</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1 - 2 ข้ามไปถามตอนที่ 8)</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>ศูนย์รับดูแลตอนกลางวัน (Day care)..... 13</p> <p>ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (ภาครัฐจัดให้)..... 14</p> <p>อาสาสมัคร/ญาติ <u>ไม่ได้รับ</u>ค่าตอบแทนในการดูแล.. 15</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 16</p>		<p>อายุของผู้ดูแล</p> <p>ให้บันทึกอายุเต็มปี</p>	<p>เพศของผู้ดูแล</p> <p>บันทึกรหัสชาย..... 1 หญิง..... 2</p>	<p>"ผู้ดูแลมีชื่อระบุอยู่ในบัตรประจำตัวคนพิการหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส มี..... 1 ไม่มี..... 2</p>	<p>"ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง"</p> <p>ให้บันทึก จำนวนชั่วโมง (เศษของชั่วโมง ถ้าไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้ตัดทิ้ง ถ้าตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไป ให้นับเป็น 1 ชั่วโมง)</p> <p>ถ้าใช้เวลา ไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้บันทึก "0"</p> <p>ถ้าดูแล ตลอดทั้งวันทั้งคืน ให้บันทึก "24"</p>	
	F99	F100		F101	F102	F103	F104

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ผู้ดูแลของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง (ต่อ)									
บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง									
ถามผู้บันทึกที่ 3 - 11 ใน F100 (มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน)					ให้พนักงานเจ้านับ	ถามผู้บันทึกที่ 3 - 16 ใน F100 (มีผู้ดูแล)			
"ผู้ดูแลต้องออกจากงานหรือเลิกประกอบอาชีพที่มีรายได้เพื่อมาดูแล... (ชื่อ)... หรือไม่ถ้าใช่ ผู้ดูแลมีรายได้ (สุทธิ) ก่อนออกจากงานเฉลี่ยเดือนละกี่บาท" ให้บันทึก รายได้สุทธิ หลังจากหักต้นทุนในการทำงานหรือ การลงทุน ถ้า ไม่ ให้บันทึก "0"	การได้รับ และความต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการ ที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐของผู้ดูแล					บันทึกที่ 3 โดยไม่ต้องถาม	"มีค่าใช้จ่าย ในการจ้างผู้ดูแลของ.. (ชื่อ).. เฉลี่ยเดือนละกี่บาท" ให้บันทึก ค่าใช้จ่าย ถ้า ไม่มีค่าใช้จ่าย ให้บันทึก "0"		
	บันทึกที่ 3		บันทึกที่ 3			ผู้ตอบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ที่มีความลำบาก ในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ F100 ถึง F107_3 บันทึกที่ 3		ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ..... 1 ผู้ที่มีความลำบาก เป็นผู้ตอบ..... 2 สมาชิกอื่น ในครัวเรือน เป็นผู้ตอบ..... 3 สมาชิกครัวเรือนอื่น เป็นผู้ตอบ..... 4	
	ไม่ใช่.....1	การสนับสนุนเงินทุน ประกอบอาชีพ.....7	การได้รับสัมปทานหรือ ที่จัดจำหน่ายสินค้า.....8	การจัดจ้างแบบเหมางาน และอื่น ๆ.....9	การได้รับการลดหย่อน ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา.....10	การให้ความช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อ ประโยชน์ในการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.....11			อื่น ๆ (ระบุ)..... 12
	ฝึกอบรมทักษะการดูแล คนพิการให้ได้มาตรฐาน ตามหลักและวิชาชีพ.....2	การให้คำปรึกษา แนะนำ.....3	การจัดการศึกษาโดยส่งเสริม การเรียนรู้และพัฒนา ทักษะเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ.....4	การส่งเสริมการประกอบ อาชีพอิสระ.....5	การทำงานใน สถานประกอบการ.....6	"ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐหรือไม่" ถ้า ได้รับ ให้บันทึกที่ 3 ได้ ไม่เกิน 2 รหัส เรียงลำดับตามความสำคัญ			"ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐ แต่ยังไม่ได้รับหรือไม่" ถ้า ต้องการ ให้บันทึกที่ 3 ได้ ไม่เกิน 3 รหัส เรียงลำดับตามความสำคัญ
ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	ลำดับที่ 3					
F105	F106_1	F106_2	F107_1	F107_2	F107_3	F108	F109		
<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"/>	<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 8 ลักษณะความบกพร่อง

ถามทุกคน	ถามผู้บันทึกที่ 1 ใน F110											
<p>"....(ชื่อ).... มีลักษณะ ดังต่อไปนี้ หรือไม่"</p> <p>ให้อ่านลักษณะ ความบกพร่องให้ ผู้ตอบสัมภาษณ์ฟัง</p> <p>บันทึกที่รหัส มี..... 1 (ถามต่อไป) ไม่มี..... 2 (ข้ามไปถามตอนที่ 9)</p>	<p>ให้บันทึกที่รหัส ลักษณะความบกพร่อง อายุที่เริ่มเป็น และสาเหตุที่เป็น ได้ไม่เกิน 2 ลักษณะความบกพร่องที่มีความรุนแรงมากที่สุด</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: 1px solid black;">ลักษณะความบกพร่อง</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: 1px solid black;">สาเหตุ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">บันทึกที่รหัส</td> <td style="text-align: center;">บันทึกที่รหัส</td> </tr> <tr> <td> ตาบอด 2 ข้าง.....1 สายตาเลือนราง 2 ข้าง.....2 ตาบอด 1 ข้าง และ เลือนราง 1 ข้าง.....3 หูหนวก 2 ข้าง.....4 หูตึง 2 ข้าง.....5 สื่อความด้วยการพูด และการฟังไม่ได้.....6 แขนขา.....7 ขาขาด.....8 มือขาด.....9 นิ้วมือขาด ไม่สามารถ หยิบจับสิ่งของได้.....10 นิ้วหัวแม่มือเท้าขาด.....11 แขน ขา ลีบ/เหยียดงอไม่ได้.....12 </td> <td> แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็ง โกง กระตุก ลั่น.....13 แขน 2 ข้าง/ ขา 2 ข้าง ไม่เท่ากัน.....14 เท้าปุก เท้าตะแคง เท้ากลับ.....15 อัมพาต.....16 อัมพลกษ.....17 บกพร่องทางจิต.....18 ออทิสติก.....19 บกพร่องทางสติปัญญา/ ดาวน์ซินโดรม.....20 บกพร่องทางการเรียนรู้.....21 ปากแหว่ง/เพดานโหว่.....22 ศีรษะใหญ่/เล็กผิดปกติ.....23 ใบหน้าผิดปกติ/ผิดปกติ.....24 คนแคระ/คนยักษ์.....25 </td> </tr> </table>						ลักษณะความบกพร่อง	สาเหตุ	บันทึกที่รหัส	บันทึกที่รหัส	ตาบอด 2 ข้าง.....1 สายตาเลือนราง 2 ข้าง.....2 ตาบอด 1 ข้าง และ เลือนราง 1 ข้าง.....3 หูหนวก 2 ข้าง.....4 หูตึง 2 ข้าง.....5 สื่อความด้วยการพูด และการฟังไม่ได้.....6 แขนขา.....7 ขาขาด.....8 มือขาด.....9 นิ้วมือขาด ไม่สามารถ หยิบจับสิ่งของได้.....10 นิ้วหัวแม่มือเท้าขาด.....11 แขน ขา ลีบ/เหยียดงอไม่ได้.....12	แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็ง โกง กระตุก ลั่น.....13 แขน 2 ข้าง/ ขา 2 ข้าง ไม่เท่ากัน.....14 เท้าปุก เท้าตะแคง เท้ากลับ.....15 อัมพาต.....16 อัมพลกษ.....17 บกพร่องทางจิต.....18 ออทิสติก.....19 บกพร่องทางสติปัญญา/ ดาวน์ซินโดรม.....20 บกพร่องทางการเรียนรู้.....21 ปากแหว่ง/เพดานโหว่.....22 ศีรษะใหญ่/เล็กผิดปกติ.....23 ใบหน้าผิดปกติ/ผิดปกติ.....24 คนแคระ/คนยักษ์.....25
	ลักษณะความบกพร่อง	สาเหตุ										
บันทึกที่รหัส	บันทึกที่รหัส											
ตาบอด 2 ข้าง.....1 สายตาเลือนราง 2 ข้าง.....2 ตาบอด 1 ข้าง และ เลือนราง 1 ข้าง.....3 หูหนวก 2 ข้าง.....4 หูตึง 2 ข้าง.....5 สื่อความด้วยการพูด และการฟังไม่ได้.....6 แขนขา.....7 ขาขาด.....8 มือขาด.....9 นิ้วมือขาด ไม่สามารถ หยิบจับสิ่งของได้.....10 นิ้วหัวแม่มือเท้าขาด.....11 แขน ขา ลีบ/เหยียดงอไม่ได้.....12	แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็ง โกง กระตุก ลั่น.....13 แขน 2 ข้าง/ ขา 2 ข้าง ไม่เท่ากัน.....14 เท้าปุก เท้าตะแคง เท้ากลับ.....15 อัมพาต.....16 อัมพลกษ.....17 บกพร่องทางจิต.....18 ออทิสติก.....19 บกพร่องทางสติปัญญา/ ดาวน์ซินโดรม.....20 บกพร่องทางการเรียนรู้.....21 ปากแหว่ง/เพดานโหว่.....22 ศีรษะใหญ่/เล็กผิดปกติ.....23 ใบหน้าผิดปกติ/ผิดปกติ.....24 คนแคระ/คนยักษ์.....25											
อายุที่เริ่มเป็น												
<p>"....(ชื่อ)....เริ่มมีความบกพร่องลักษณะต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"</p> <p>ถ้า เริ่มมีความบกพร่อง เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0"</p>												
ลักษณะความบกพร่องที่ 1			ลักษณะความบกพร่องที่ 2									
ลักษณะ ความบกพร่อง	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ	ลักษณะ ความบกพร่อง	อายุที่เริ่มเป็น	สาเหตุ							
F110	F111_1	F112_1	F113_1	F111_2	F112_2	F113_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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 9 สวัสดิการจากภาครัฐ และความลำบากหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม	
ทุกคน	ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 ใน F114
<p>ผู้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง คือ</p> <p>1) ความลำบาก ในตอนที่ 4 - 6 อย่างน้อย 1 อย่าง หรือ</p> <p>2) ลักษณะความบกพร่อง (ตอนที่ 8 : F110 = 1)</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>มี อย่างน้อย 1 เรื่อง..... 1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่มี..... 2 (ข้ามไปถามตอนที่ 10)</p>	<p>"ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา..(ชื่อ)..ได้รับอุปกรณ์ หรือ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ <u>จากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่"</u></p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่ได้รับจากภาครัฐ :</p> <p>จำเป็นต้องใช้..... 1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่จำเป็นต้องใช้..... 2</p> <p>ได้รับจากแหล่งอื่น..... 3</p> <p>ได้จากภาครัฐ :</p> <p>ใช่..... 4 (ถ้าบันทึกหัตถ์ 2 - 4 ข้ามไปถาม F119)</p> <p>ไม่ใช่..... 5 (ถ้าบันทึกหัตถ์ 5 ข้ามไปถาม F117_1)</p>
F114	F115

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 9 สวัสดิการจากภาครัฐ และความลำบากหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

ถามผู้บันทึกหัต 1 ใน F114

ประเภทอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ (ไม่รวม อุปกรณ์ที่ผลิตใช้เอง)		เหตุผลที่ได้รับแต่ไม่ใช้		ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยมีความจำเป็น ต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ไม่ได้ไปรับบริการหรือไม่ เพราะเหตุใด"		
บันทึกหัต	บันทึกหัต	บันทึกหัต		บันทึกหัต		
แว่นขยาย.....1	รองเท้าคนพิการ.....13	ยุ่งยากในการใช้หรือดูแลรักษา.....1				
แว่นตาที่ตัดพิเศษ.....2	รถนั่งคนพิการ.....14	อุปกรณ์เสียแล้วไม่มีแหล่งซ่อม.....2				
เลนส์ขยาย.....3	รถสามล้อโยก.....15	ใช้แล้วเจ็บบริเวณอวัยวะ หรือ				
กล้องส่องดูไกล.....4	เบาะรองนั่ง.....16	อุปกรณ์ไม่พอดีกับรูปร่าง				
เครื่องช่วยพูด.....5	ที่นั่งอนลม ลดการกดทับ.....17	ของตน.....3				
เครื่องช่วยฟัง.....6	ไม้เท้า.....18	ไม่ชอบรูปลักษณ์ของอุปกรณ์				
แขนเทียม.....7	ไม้เท้าแบบสามขา.....19	อวัยวะเทียม หรือ				
มือเทียม.....8	ไม้ค้ำยันรักแร้/ระดับแขน.....20	เครื่องช่วยฯ.....4				
นิ้วเทียม.....9	อุปกรณ์ช่วยเดินชนิดสี่ขา.....21	ต้องการให้มีผู้ดูแลมากกว่าใช้				
ขาเทียม.....10	อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อ.....22	อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือ				
กายอุปกรณ์เสริมระดับ	ไม้เท้าคนตาบอด.....23	เครื่องช่วยฯ.....5				
ได้คอก/เหนือคอก.....11	สายสวนปัสสาวะ/ถุงเก็บปัสสาวะ.....24	อื่น ๆ (ระบุ).....6				
กายอุปกรณ์เสริมระดับได้เข้า/ เหนือเข้า.....12	เครื่องยก/ย้ายคนพิการ.....25					
	อื่น ๆ (ระบุ).....26					
ถามผู้บันทึกหัต 1 ใน F115			ถามผู้บันทึกหัต 5 ใน F115			
"อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือ เครื่องช่วยคนพิการอะไรที่...(ชื่อ)... มีความจำเป็นต้องใช้ แต่ไม่ได้รับ"			"อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยอะไรที่ ...(ชื่อ)...ได้รับจากภาครัฐแต่ไม่ใช้ เพราะเหตุใด"			
ให้บันทึกได้ไม่เกิน 3 รหัส เรียงตามลำดับความสำคัญ (เมื่อบันทึกหัตแล้ว ข้ามไปถาม F119)			ให้บันทึกได้ไม่เกิน 2 คำตอบ			
			คำตอบที่ 1		คำตอบที่ 2	
ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	ลำดับที่ 3	อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับ	เหตุผลที่ไม่ใช้	อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับ	เหตุผลที่ไม่ใช้
F116_1	F116_2	F116_3	F117_1	F118_1	F117_2	F118_2
						F119

<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"/>	<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"/>
203	205	207	209	211	212	214	215

ตอนที่ 9 สวัสดิการจากภาครัฐ และความลำบากหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 ใน F114

<p>"....(ชื่อ)....ขึ้นทะเบียน คนพิการหรือไม่" บันทึกหัตถ์</p> <p>ขึ้นทะเบียนและ มีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว..... 1</p> <p>ไม่ได้ขึ้นทะเบียน</p> <p>ไม่ต้องการขึ้นทะเบียนคนพิการ..... 2</p> <p>ไม่ทราบข้อมูล (เช่น ไม่ทราบว่า มีการขึ้นทะเบียน สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับ)..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก..... 4</p> <p>ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน..... 5</p> <p>ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน..... 6</p> <p>ความพิการไม่อยู่ใน ระดับที่ขึ้นทะเบียนได้..... 7</p> <p>คิดว่าตนเองไม่พิการ..... 8</p> <p>ไม่มีคนพาไป..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>	<p>"...(ชื่อ).... ได้เบียด ความพิการ หรือไม่" บันทึกหัตถ์</p> <p>ได้รับ..... 1</p> <p>ไม่ได้รับ..... 2</p>	<p>"....(ชื่อ)....มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการอื่น ๆ จากรัฐ <u>แต่ยังไม่ได้รับหรือไม่</u>"</p> <p>ถ้า <u>ไม่จำเป็น</u> ให้บันทึกหัตถ์ 1 ใน F122_1 แล้วข้ามไปถาม F124</p> <p>ถ้า <u>จำเป็น</u> บันทึกหัตถ์ได้ไม่เกิน 3 รหัส เรียงลำดับตามความสำคัญ</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%; text-align: center;">บันทึกหัตถ์</td> <td style="width:33%; text-align: center;">บันทึกหัตถ์</td> </tr> <tr> <td>ไม่จำเป็น.....1</td> <td>การให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย.....6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>จำเป็น ต้องการได้รับ</td> <td>การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ.....7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การช่วยเหลือทางการศึกษา.....2</td> <td>การให้คำแนะนำปรึกษา.....8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การบริการล่ามภาษามือ.....3</td> <td>ส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ.....9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย.....4</td> <td>ต้องการให้เพิ่มเบี้ยคนพิการ.....10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ.....5</td> <td>อื่น ๆ (ระบุ).....11</td> <td></td> </tr> </table>				บันทึกหัตถ์	บันทึกหัตถ์	ไม่จำเป็น.....1	การให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย.....6		จำเป็น ต้องการได้รับ	การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ.....7		การช่วยเหลือทางการศึกษา.....2	การให้คำแนะนำปรึกษา.....8		การบริการล่ามภาษามือ.....3	ส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ.....9		การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย.....4	ต้องการให้เพิ่มเบี้ยคนพิการ.....10		การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ.....5	อื่น ๆ (ระบุ).....11	
	บันทึกหัตถ์	บันทึกหัตถ์																							
ไม่จำเป็น.....1	การให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย.....6																								
จำเป็น ต้องการได้รับ	การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ.....7																								
การช่วยเหลือทางการศึกษา.....2	การให้คำแนะนำปรึกษา.....8																								
การบริการล่ามภาษามือ.....3	ส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ.....9																								
การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย.....4	ต้องการให้เพิ่มเบี้ยคนพิการ.....10																								
การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ.....5	อื่น ๆ (ระบุ).....11																								
		ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	ลำดับที่ 3																					
F120	F121	F122_1	F122_2	F122_3																					

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 9 สวัสดิการจากภาครัฐ และความลำบากหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 ใน F114

ถามผู้บันทึกหัตถ์ 2-11 ใน F122_1	ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		
<p>"เพราะเหตุใด...(ชื่อ)...จึงไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐ"</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 1</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 2</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการที่ใด..... 5</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจในหน่วยบริการหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 7</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 8</p> <p>ได้รับสวัสดิการนั้นแล้ว แต่ยังไม่เพียงพอ..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการกลั่นแอกจระหรือปัสสาวะหรือไม่"</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p> <p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p> <p>มีความลำบากมาก..... 3</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 4</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากหรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในครัวเรือนอันเนื่องจากความลำบาก/ปัญหาสุขภาพ หรือลักษณะความบกพร่องหรือไม่"</p> <p>กิจกรรมในครัวเรือน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมของ และไปตลาด เป็นต้น</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มี สาเหตุ/ปัจจัยจาก</p> <p>สภาพความพิการ..... 2</p> <p>การเดินทางไม่สะดวก..... 3</p> <p>ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือภายนอกบ้าน..... 4</p> <p>คนในบ้านไม่ยอมให้ไป/ทำ..... 5</p> <p>ไม่มีคนพาไป..... 6</p> <p>สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม..... 7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่ต้องการเข้าร่วมอันเนื่องจากความลำบาก/ปัญหาสุขภาพ หรือลักษณะความบกพร่องหรือไม่"</p> <p>กิจกรรมในชุมชน เช่น ไปวัด โบสถ์ มัสยิด งานแต่งงาน และงานศพ เป็นต้น</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มี สาเหตุ/ปัจจัยจาก</p> <p>สภาพความพิการ..... 2</p> <p>การเดินทางไม่สะดวก..... 3</p> <p>ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือภายนอกบ้าน..... 4</p> <p>คนในบ้านไม่ยอมให้ไป/ทำ..... 5</p> <p>ไม่มีคนพาไป..... 6</p> <p>สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม..... 7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p>
F123	F124	F125	F126

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 10 การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต		
ถามทุกคน		ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยป่วยและจำเป็น ต้องได้รับการตรวจรักษา แต่ไม่ได้ไปรับการตรวจหรือไม่ เพราะเหตุใด"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มี</p> <p>ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 2</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษ..... 3</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษ..... 4</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับการรักษ..... 5</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรักษาอย่างไรหรือที่ใด..... 7</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 8</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 9</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ</p> <p>เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ</p> <p>เตียงเต็ม สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 10</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยไปรับบริการส่งเสริม ป้องกันโรคหรือไม่ ถ้าไม่ไป เพราะเหตุใด"</p> <p>บริการส่งเสริม ป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจคัดกรองเบาหวาน ตรวจความดันโลหิตสูง ตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำฟัน บริการลดน้ำหนัก เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เป็นต้น</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เคย..... 1</p> <p>ไม่เคย</p> <p>ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดังกล่าว..... 2</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 3</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 4</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 5</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการอย่างไรหรือที่ใด..... 7</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 8</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 9</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ</p> <p>เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ</p> <p>สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 10</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>	<p>ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F114</p> <p>"...(ชื่อ)...ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคโควิด-19 หรือไม่ ถ้าได้รับจำนวนกี่เข็ม"</p> <p>ให้บันทึก จำนวนเข็ม</p> <p>ถ้า ไม่ได้ฉีด ให้บันทึก "0"</p> <p>ถ้า ตั้งแต่ 8 เข็มขึ้นไป ให้บันทึก "8"</p> <p>ถ้า ไม่ทราบ ให้บันทึก "9"</p>
F127	F128	F129

<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 10 การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

"ระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ใช้อินเทอร์เน็ตหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่ใช้..... 1 (ข้ามไปถาม F138) ใช้..... 2 (ถามต่อไป)	ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F114 และบันทึกรหัส 2 ใน F134		
	"ในการใช้งานอินเทอร์เน็ต ...(ชื่อ)...เคยพบปัญหาใดหรือไม่" ถ้า เคยพบ ให้บันทึก รหัสปัญหาที่สำคัญที่สุด	"ส่วนใหญ่...(ชื่อ)...ใช้อินเทอร์เน็ต จากสถานที่ใด" บันทึกรหัส	"...(ชื่อ)...มีค่าใช้จ่าย อินเทอร์เน็ต ผ่าน โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) Ipad หรือ Tablet หรือไม่ เฉลี่ยเดือนละเท่าไร" บันทึกรหัส
	ไม่เคยพบปัญหา..... 1	ที่บ้าน..... 1	ไม่มี..... 1
	เคยพบปัญหา	ที่ทำงาน..... 2	มี
	ปัญหาความเร็วของอินเทอร์เน็ต..... 2	สถานศึกษา..... 3	ต่ำกว่า 100 บาท..... 2
	ขาดทักษะในการใช้งานให้เกิดประโยชน์..... 3	ร้านอินเทอร์เน็ต..... 4	101 - 200 บาท..... 3
	ขาดโปรแกรมที่เอื้ออำนวยในการเข้าถึง สื่อสังคมออนไลน์..... 4	ศูนย์บริการสารสนเทศประชาชน/ ห้องสมุด..... 5	201 - 300 บาท..... 4
	อื่น ๆ (ระบุ)..... 5	บ้านเพื่อน/คนรู้จัก/ญาติ..... 6	301 - 400 บาท..... 5
		ศูนย์การเรียนรู้ ICT ชุมชน/ ศูนย์ดิจิทัลชุมชน..... 7	401 - 500 บาท..... 6
		ห้างสรรพสินค้า..... 8	501 - 700 บาท..... 7
		ตามสถานที่ต่าง ๆ ผ่าน คอมพิวเตอร์พกพา, Tablet, หรือโทรศัพท์มือถือ..... 9	701 - 1,000 บาท..... 8
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 10	1,001 - 1,200 บาท..... 9
			1,200 บาทขึ้นไป..... 10
F134	F135	F136	F137

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 10 การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)	การตอบสัมภาษณ์	
	บันทึกรหัสทุกคน	ผู้ที่บันทึกรหัส 2 - 4 ในสดมภ์ Response
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		
ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F114 และบันทึกรหัส 1 ใน F134		
"...(ชื่อ)...ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตเพราะสาเหตุใด"		
ให้บันทึก รหัสสาเหตุที่สำคัญที่สุด		
	ผู้ตอบสัมภาษณ์	เหตุผลที่ตอบแทน
บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มีอุปกรณ..... 1	ตอบเอง..... 1	กำหนดให้แม่/ผู้ดูแลหลักตอบ..... 1
ไม่รู้วิธีการใช้..... 2	ตอบแทน ผู้ตอบคือ	ความพิการ/เจ็บป่วย..... 2
อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากการครอบคลุมสัญญาณอินเทอร์เน็ต..... 3	แม่/ผู้ดูแลหลัก..... 2	ชรา..... 3
ไม่มีความจำเป็นต้องใช้..... 4	สมาชิกคนอื่นในครัวเรือน..... 3	ไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์..... 4
อื่น ๆ (ระบุ)..... 5	สมาชิกครัวเรือนอื่น..... 4	อื่น ๆ (ระบุ)..... 5
F138	Response	Reason

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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 11 ลักษณะของครัวเรือน

ให้บันทึกรหัสลง

1. ลักษณะของที่อยู่อาศัย

H1 (col.254)

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

6. เชื้อเพลิงที่ใช้ในการปรุงอาหาร (ส่วนใหญ่)

H6 (col.259)

- ไม่มีการหุงต้ม..... = 0
 ถ่าน..... = 1
 ไม้/ฟืน..... = 2
 น้ำมันก๊าด..... = 3
 แก๊ส..... = 4
 ไฟฟ้า..... = 5
 อื่น ๆ (ระบุ)..... = 6

2. สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย

H2 (col.255)

- เป็นเจ้าของบ้าน มีภาระผ่อนชำระ..... = 1
 เจ้าของบ้าน ไม่มีภาระผ่อนชำระ..... = 2
 เช่าซื้อ..... = 3
 เช่า..... = 4
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า เพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง..... = 5
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า เพราะให้อยู่เปล่า..... = 6
 อื่น ๆ (ระบุ)..... = 7

(ข้ามไปถามข้อ 4)

7. น้ำดื่ม (บันทึกประเภทที่ใช้ดื่มเป็นส่วนใหญ่)

H7 (col.260)

8. น้ำใช้ (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

H8 (col.261)

- น้ำดื่มบรรจุขวด/ตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญ..... = 0
 น้ำประปาภายในบ้าน..... = 1
 น้ำบ่อ/บาดาลภายในบ้าน..... = 2
 น้ำประปานอกบ้าน..... = 3
 น้ำบ่อ/บาดาลนอกบ้าน..... = 4
 น้ำจากแม่น้ำ/ลำธาร/คลอง/น้ำตก/ภูเขา..... = 5
 น้ำฝน..... = 6
 น้ำประปาผ่านการบำบัด (ต้ม/กรอง)..... = 7
 อื่น ๆ (ระบุ)..... = 8

3. สถานภาพการครอบครองที่ดิน

H3 (col.256)

(ถามเฉพาะ H2 บันทึกรหัส 1-3)

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

4. ไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย

H4 (col.257)

(รวมไฟฟ้าที่ต่อจากแบตเตอรี่และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอื่น ๆ)

- มี..... = 1
 ไม่มี..... = 0

9. สมาชิกในครัวเรือนคนใดคนหนึ่งเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่

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

- โทรศัพท์..... H9 (col.262)
 แท็บเล็ต..... H10 (col.263)
 สมาร์ทโฟน..... H11 (col.264)
 เครื่องคอมพิวเตอร์..... H12 (col.265)
 ตู้เย็น..... H13 (col.266)
 ไมโครเวฟ/เตาอบ..... H14 (col.267)
 เครื่องซักผ้า..... H15 (col.268)
 เครื่องปรับอากาศ..... H16 (col.269)
 รถยนต์ส่วนบุคคล/รถปิกอัพ/รถตู้..... H17 (col.270)
 รถจักรยานยนต์..... H18 (col.271)

5. การใช้ส้วม (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

H5 (col.258)

- ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า..... = 1
 ส้วมแบบนั่งยอง..... = 2
 ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า และส้วมแบบนั่งยอง..... = 3
 ส้วมหลุม/ส้วมถ้ำ/ส้วมถ่ายลงแม่น้ำลำคลอง
 หรือส้วมลักษณะอื่น ๆ โดยมีห้องกัน..... = 4
 ไม่มีส้วม..... = 5

10. ครัวเรือนนี้ มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต หรือไม่

H19 (col.272)

- มี..... = 1
 ไม่มี..... = 0