

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน						
ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ถามทุกคนในครัวเรือน				
		ความเกี่ยวพันกับหัวหน้าครัวเรือน	เพศ	อายุ	สัญชาติ	"ปัจจุบัน....(ชื่อ)...ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลักของรัฐหรือไม่ ถ้าได้รับ ได้รับจากแหล่งใด"
		บันทึกรหัส หัวหน้าครัวเรือน... 1 ภรรยาหรือสามี..... 2 บุตรที่ยังไม่สมรส... 3 บุตรที่สมรสแล้ว..... 4 บุตรชาย บุตรสะใภ้..... 5 บุตรของบุตร..... 6 พ่อ แม่ พ่อแม่ของ คู่สมรส..... 7 ปู่ ย่า ตา ยาย..... 8 ญาติอื่น ๆ 9 ผู้อาศัย และ คนรับใช้..... 10	บันทึกรหัส ชาย.....1 หญิง.....2	บันทึก อายุเต็มปี ถ้า ต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ซิตขวา	บันทึกรหัส ไทย..... 1 พม่า..... 2 กัมพูชา..... 3 ลาว..... 4 มาเลเซีย..... 5 จีน..... 6 ญี่ปุ่น..... 7 อินเดีย..... 8 อังกฤษ..... 9 สหรัฐอเมริกา.. 10 สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... 11 ไม่มีสัญชาติ..... 12	บันทึกรหัส ไม่ได้รับสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล..... 1 บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) - ทั่วไป..... 2 - คนพิการ (ท.74)..... 3 - ไม่ทราบประเภท..... 4 บัตรประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน - ทั่วไป..... 5 - ทูพพลภาพ..... 6 - ไม่ทราบประเภท..... 7 สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ..... 8
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 1 (ต่อ)	ตอนที่ 2 การศึกษา				
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	ถามผู้ที่มีอายุ 5 - 30 ปี				
สถานที่	ชั้นที่กำลังเรียน	"...(ชื่อ)...กำลังเรียนหนังสือในโรงเรียน/สถานศึกษาประเภทใด"	ถามผู้ที่บันทึก "ไม่เรียน" ใน F9 ให้บันทึก สาเหตุที่สำคัญที่สุด	ถามผู้บันทึก รหัส 4-15 ใน F11	
สถานภาพสมรส	"...(ชื่อ)...ขณะนี้กำลังเรียนชั้นใด"	ในโรงเรียน/สถานศึกษาประเภทใด	"...(ชื่อ)...ไม่ได้เรียนหนังสือเพราะเหตุใด"	"มีการเรียนการสอนที่บ้านให้...(ชื่อ)...หรือไม่"	
บันทึกรหัส	บันทึก	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	
โสด..... 1	ชั้น ปี สถาบัน	โรงเรียน/สถานศึกษาสำหรับนักเรียน/คนปกติ..... 1	อายุไม่ถึงเกณฑ์การศึกษา..... 1	ป่วยหรือพิการ	
สมรส..... 2	ที่กำลังเรียน	โรงเรียน/สถานศึกษา	จบการศึกษาแล้ว..... 2	จนไม่สามารถเรียนได้..... 9	
หม้าย..... 3	โดยละเอียด	ชั้นคูขนาน..... 2	ไม่สนใจหรือคิดว่า	ครอบครัวเป็นห่วง..... 10	
หย่า..... 4		โรงเรียน/สถานศึกษาเฉพาะ	ไม่มีประโยชน์ที่จะเรียน..... 3	ไม่มีโรงเรียนพิเศษ	
แยกกันอยู่..... 5	ถ้า "ไม่เรียน"	ความพิการสำหรับคนพิการแต่ละประเภท..... 3	(ถ้าบันทึกรหัส 1 - 3	สำหรับคนพิการ..... 11	
เคยสมรสแต่ไม่ทราบ	บันทึก "ไม่เรียน" (ข้ามไปถาม F11)	โรงเรียน/สถานศึกษาเฉพาะ	ข้ามไปถาม F13)	โรงเรียนปกติไม่มีบุคลากร	
สถานภาพ..... 6		คนพิการที่ให้บริการ	เข้าเรียนต่อไม่ได้..... 4	ที่พร้อมจะสอน/รับ	
		มากกว่า 1 ประเภท..... 4	ไม่มีทุนทรัพย์เรียน..... 5	คนพิการเข้าเรียน..... 12	
		ศูนย์การศึกษาพิเศษ (เตรียมความพร้อมให้	ต้องหาเลี้ยงตนเองหรือครอบครัว..... 6	สภาพแวดล้อมในโรงเรียน	
		คนพิการก่อนเข้าเรียน)..... 5	มีปัญหาทาง	ไม่เอื้อต่อการเรียน..... 13	
		กศน..... 6	ความประพฤติ..... 7	โรงเรียนอยู่ไกลหรือ	
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 7	พิการ เรียนได้ แต่ถูกเพื่อนล้อเลียน/แกล้ง..... 8	การคมนาคม	
			อื่น ๆ (ระบุ)..... 15	ไม่สะดวก..... 14	
F8	F9	F10	F11		F12

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	46	49	50	52

ตอนที่ 2 การศึกษา (ต่อ)		ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์		
ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป		
		อาชีพ	อุตสาหกรรม	สถานภาพการทำงาน
ชั้นการศึกษาสูงสุด "...(ชื่อ)...จบการศึกษาสูงสุดชั้นใด" บันทึก ชั้น ปี และประกาศนียบัตร หรือปริญญาที่สำเร็จ โดยละเอียด - ถ้า กำลังเรียน มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรืออาชีวศึกษา ให้บันทึก ชั้นการศึกษาสูงสุด สาขาวิชา คณะ/แผนก และชื่อสถาบันที่กำลังเรียน - ถ้า จบ มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรืออาชีวศึกษา ให้บันทึก สาขาวิชา คณะ/แผนก และชื่อสถาบันที่เรียนจบ - ถ้า ไม่เคยเรียน บันทึก "ไม่เคยเรียน"	ถามผู้ที่จบ "มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชา การศึกษา) หรือ อาชีวศึกษา" ใน F13	"ระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ... (ชื่อ)...ทำงานอะไร" - ถ้า ทำงาน ให้บันทึก อาชีพหรือตำแหน่ง หน้าที่การงานที่มี ชั่วโมงการทำงานสูงสุด (ถามต่อไป)	"กิจกรรมหลักที่ ... (ชื่อ)...ทำอยู่เป็นกิจกรรม หรือผลคืออะไร" ให้บันทึก ประเภทของกิจการ หรือลักษณะของงาน ให้ชัดเจน	"...(ชื่อ)...ทำงาน ในฐานะอะไร" บันทึกกรหัส นายจ้าง..... 1 ผู้ประกอบธุรกิจ ของตนเอง..... 2 ผู้ช่วยธุรกิจส่วนตัว..... 3 (ถ้าบันทึกกรหัส 3 ข้ามไปถาม ตอนที่ 5) ลูกจ้างรัฐบาล..... 4 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ..... 5 ลูกจ้างเอกชน..... 6 สมาชิกของการรวมกลุ่ม ผู้ผลิต..... 7
F13	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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

รายได้		เหตุผลที่ไม่ได้ทำงาน
ถามผู้บันทึกรหัส 1 - 2 และ 4 - 7 ใน F17		ถามผู้บันทึก "ไม่ทำ" ใน F15
<p>"...(ชื่อ)...มีรายได้ (สุทธิ) <u>ที่เป็นตัวเงิน</u> จากการทำงาน หรือการลงทุน เฉลี่ยประมาณเดือนละกี่บาท"</p> <p>ให้บันทึก รายได้สุทธิ หลังจากหักต้นทุน ในการทำงาน หรือการลงทุน</p> <p>ถ้า ขาดทุนหรือไม่มีรายได้ ให้บันทึก "0" ซิดขวา</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีรายได้ <u>ที่เป็นสิ่งของ</u> จากการทำงาน หรือการลงทุน ประมาณราคาเฉลี่ยเดือนละกี่บาท"</p> <p>ให้ประมาณราคาสິงของ ที่ได้รับจากการทำงาน รวมทั้งการนำสินค้า หรือบริการจากการทำธุรกิจ หรือการเกษตร มาบริโภคหรือใช้ภายในครัวเรือน</p> <p>ถ้า ไม่มี ให้บันทึก "0" ซิดขวา</p> <p>(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม ตอนที่5)</p>	<p>"...(ชื่อ)...ไม่ทำงานเพราะเหตุใด"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ทำงานบ้าน..... 1 เรียนหนังสือ..... 2 กำลังหางานทำ..... 3 ยังเด็กหรือชรา..... 4 ป่วย พิกการ ฯลฯ จนไม่สามารถทำงานได้..... 5 อยากอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องการทำงาน..... 6 เกษียณ..... 7 สามารถทำงานได้ แต่ไม่มีเงินทุน..... 8 ขาดผู้แนะนำด้านอาชีพ..... 9 ญาติพี่น้องให้ความอุปการะ..... 10 บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติให้ความอุปการะ..... 11 ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สภาพแวดล้อม การเดินทาง ล่ามภาษามือ เป็นต้น..... 12 ไม่มีความรู้หรือทักษะในการทำงาน..... 13 ดูแลคนป่วย คนพิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ..... 14 อื่น ๆ (ระบุ)..... 15</p> <p>(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม ตอนที่5)</p>
F18	F19	F20

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

"ขอลถาม คำถามเกี่ยวกับ ความลำบากหรือ ปัญหาสุขภาพของ เด็กอายุ 2 - 4 ปี"	ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F21 (เด็กใส่แว่นตา)	ถามผู้บันทึก รหัส 2 ใน F21 (เด็กไม่ใส่แว่นตา)		ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F24 (เด็กใช้เครื่องช่วยฟัง)
<p>"...(ชื่อเด็ก)...ใส่แว่นตาหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส ใส่..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใส่..... 2 (ข้ามไปถาม F23)</p>	<p>"เมื่อใส่แว่นตาของเขาแล้ว ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4</p> <p>(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F24)</p>	<p>"...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4</p>	<p>"...(ชื่อเด็ก)...ใช้ เครื่องช่วยฟังหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช้..... 2 (ข้ามไปถาม F26)</p>	<p>"เมื่อใช้เครื่องช่วยฟังของเขาแล้ว ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการได้ยินเสียง เช่น เสียงของคน หรือเสียงเพลงหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4</p> <p>(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F27)</p>
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"/>

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 2 - 4 ปี (ต่อ)

ถามแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 2 - 4 ปี

ถามผู้บันทึก รหัส 2 ใน F24 (เด็ก <u>ไม่</u> ใช้เครื่องช่วยฟัง)		ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F27 (เด็ก <u>ใช้</u> อุปกรณ์หรือ <u>ได้รับความช่วยเหลือ</u> สำหรับการเดิน)		ถามผู้บันทึกรหัส 2 ใน F27 (เด็ก <u>ไม่</u> ใช้อุปกรณ์ และ <u>ไม่ได้รับความช่วยเหลือ</u>)
"...(ชื่อเด็ก)...มี ความลำบากใน การได้ยินเสียง เช่น เสียงของคนหรือ เสียงเพลงหรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)...ใช้ อุปกรณ์หรือได้รับ ความช่วยเหลือ สำหรับการเดิน หรือไม่"	"เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์ของเขา หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือ ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการเดินหรือไม่"	"เมื่อใช้อุปกรณ์ของเขา หรือได้รับความช่วยเหลือ ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการเดินหรือไม่"	"เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการเดินหรือไม่"
บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มีความลำบาก..... 1	ใช่..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	(ถามต่อไป)	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2
มีความลำบากมาก..... 3	ไม่ใช่..... 2	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3
ไม่ได้ยินเลย..... 4	(ข้ามไปถาม F30)	เดินไม่ได้เลย..... 4	เดินไม่ได้เลย..... 4	เดินไม่ได้เลย..... 4
			(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F31)	
F26	F27	F28	F29	F30

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการใช้มือหยิบสิ่งของขนาดเล็กหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p>	<p>"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเข้าใจท่านหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p>	<p>"เมื่อ...(ชื่อเด็ก)... พูด ท่านมีความลำบากในการเข้าใจเขาหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p>	<p>"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ หรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p>	<p>"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเล่นหรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส</p>	<p>"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน... (ชื่อเด็ก)... ตะ กัด หรือตีเด็กคนอื่น หรือผู้ใหญ่ มากน้อยเพียงใด"</p> <p>บันทึกรหัส</p>	
<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่เคยทำ..... 1</p>	
<p>มีความลำบาก</p>	<p>มีความลำบาก</p>	<p>มีความลำบาก</p>	<p>มีความลำบาก</p>	<p>มีความลำบาก</p>	<p>เท่ากันหรือ</p>	
<p>เล็กน้อย..... 2</p>	<p>เล็กน้อย..... 2</p>	<p>เล็กน้อย..... 2</p>	<p>เล็กน้อย..... 2</p>	<p>เล็กน้อย..... 2</p>	<p>น้อยกว่า..... 2</p>	
<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>มากกว่า..... 3</p>	
<p>ทำไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>ไม่เข้าใจเลย..... 4</p>	<p>ไม่เข้าใจเลย..... 4</p>	<p>ทำไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>เล่นไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>มากกว่ามาก..... 4</p>	
		<p>ถ้า เด็กไม่พูดเลย ให้บันทึก รหัส 4</p>	<p>การเรียนรู้สิ่งที่เป็นพื้นฐานตามปกติ ซึ่งเด็กควรได้เรียนรู้ตามวัย เช่น รู้ชื่อสี รู้ตัวอักษร ตัวเลข ง่ายๆ ได้ เป็นต้น</p>			
<p>F31</p>	<p>F32</p>	<p>F33</p>	<p>F34</p>	<p>F35</p>	<p>F36</p>	

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

	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)
"ขอถาม คำถามเกี่ยวกับ ความลำบากหรือ ปัญหาสุขภาพของ เด็กอายุ 5 - 17 ปี"	"เมื่อใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ ของเขาแล้ว ...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)..ใช้ เครื่องช่วยฟัง หรือไม่"	"เมื่อใช้เครื่องช่วยฟัง ของเขาแล้ว ...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการได้ยินเสียง เช่น เสียงของคน หรือ เสียงเพลงหรือไม่"	"...(ชื่อเด็ก)... มีความลำบาก ในการได้ยินเสียง เช่น เสียงของคน หรือเสียงเพลง หรือไม่"
"...(ชื่อเด็ก)... ใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ หรือไม่"	บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4	บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4	บันทึกรหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช้..... 2 (ข้ามไปถาม F42)	บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4	บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4
ใส่..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใส่..... 2 (ข้ามไปถาม F39)	(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F40)			(เมื่อบันทึกรหัสแล้ว ข้ามไปถาม F43)	
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				
"...(ชื่อเด็ก)...ใช้อุปกรณ์หรือได้รับความช่วยเหลือสำหรับการเดินหรือไม่"	ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 ใน F43 (เด็กที่ใช้อุปกรณ์หรือได้รับความช่วยเหลือ)			
	เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์และไม่ได้รับความช่วยเหลือ		เมื่อใช้อุปกรณ์หรือได้รับความช่วยเหลือ	
	ถามผู้บันทึกหัตถ์ 2 ใน F44	ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 - 2 ใน F46	ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 - 2 ใน F46	ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 - 2 ใน F46
ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช่..... 2 (ข้ามไปถาม F48)	"เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์ของเขาและไม่ได้รับความช่วยเหลือ... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบ ระยะ 100 เมตรหรือไม่" บันทึกหัตถ์ มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 (ถามต่อไป) มีความลำบากมาก..... 3 เดินไม่ได้เลย..... 4 (ถ้าบันทึกหัตถ์ 3 - 4 ข้ามไปถาม F46)	"เมื่อไม่ใช้อุปกรณ์ของเขาและไม่ได้รับความช่วยเหลือ... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบ ระยะ 500 เมตร (ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่" บันทึกหัตถ์ มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 เดินไม่ได้เลย..... 4	"เมื่อใช้อุปกรณ์ของเขาหรือได้รับความช่วยเหลือ... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบ ระยะ 100 เมตรหรือไม่" บันทึกหัตถ์ ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 (ถ้าบันทึกหัตถ์ 1 - 2 ถามต่อไป) มีความลำบากมาก..... 3 เดินไม่ได้เลย..... 4 (ถ้าบันทึกหัตถ์ 3 - 4 ข้ามไปถาม F50)	"เมื่อใช้อุปกรณ์ของเขาหรือได้รับความช่วยเหลือ... (ชื่อเด็ก)... มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบ ระยะ 500 เมตร (ครึ่งกิโลเมตร) หรือไม่" บันทึกหัตถ์ ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 เดินไม่ได้เลย..... 4 (เมื่อบันทึกหัตถ์แล้ว ข้ามไปถาม F50)
F43	F44	F45	F46	F47
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 2 ใน F43 (เด็กที่ไม่ใช่อุปกรณ์และไม่ได้รับความช่วยเหลือ)		"...(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	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 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			ถ้า เด็กไม่พูดเลย ให้บันทึก รหัส 4	ถ้า เด็กไม่พูดเลย ให้บันทึก รหัส 4
(ถ้าบันทึกรหัส 3 - 4 ข้ามไปถาม F50)				
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" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 การเรียนรู้สิ่งที่เป็นพื้นฐานตามปกติ ซึ่งเด็กควรได้เรียนรู้ตามวัย	"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 จำไม่ได้เลย..... 4	"... (ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการมีสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรมที่ชอบหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่มีสมาธิเลย..... 4	"... (ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของเขาหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเลย... 4	"เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน...(ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของเขาหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้เลย..... 4	"... (ชื่อเด็ก)...มีความลำบากในการผูกมิตรหรือคบเพื่อนใหม่หรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4	"... (ชื่อเด็ก)...มีอาการวิตกกังวล หงุดหงิดหรือกลุ่มใจมากบ่อยแค่ไหน" บันทึกรหัส ทุกวัน..... 1 ทุกสัปดาห์... 2 ทุกเดือน..... 3 2-3 ครั้ง/ปี... 4 ไม่เคย..... 5	"... (ชื่อเด็ก)...มีอาการเสียใจหรือซึมเศร้ามากบ่อยแค่ไหน" บันทึกรหัส ทุกวัน..... 1 ทุกสัปดาห์... 2 ทุกเดือน..... 3 2-3 ครั้ง/ปี... 4 ไม่เคย..... 5
F53	F54	F55	F56	F57	F58	F59	F60

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

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

"...(ชื่อ)... ใส่แว่นตาหรือ คอนแทคเลนส์ หรือไม่" บันทึกรหัส ใส่..... 1 ไม่ใส่..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการมองเห็นหรือไม่" ถ้า F61 = 1: แม้ในขณะที่ ใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ ของตนเอง บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 มองไม่เห็นเลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...ใช้ เครื่องช่วยฟัง หรือไม่" บันทึกรหัส ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช้..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9 (ถ้าบันทึกรหัส 2,7,9 ข้ามไปถาม F65)	ถามผู้บันทึก รหัส 1 ใน F63 (ผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง) "...(ชื่อ)...ใช้ เครื่องช่วยฟัง ของตนเอง บ่อยแค่ไหน" บันทึกรหัส ตลอดเวลา..... 1 บางเวลา..... 2 นาน ๆ ครั้ง..... 3 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการได้ยินหรือไม่" ถ้า F63 = 1: แม้ใน ขณะที่ใช้เครื่องช่วยฟัง ของตนเอง บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 ไม่ได้ยินเลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...มีความลำบาก ในการเดิน หรือ เดินขึ้นบันไดหรือไม่" บันทึกรหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก..... 3 เดินไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9
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

<p>"...(ชื่อ)...ใช้อุปกรณ์ หรือได้รับความช่วยเหลือ สำหรับการเคลื่อนที่ไปในที่ต่าง ๆ (การไปไหนมาไหน) หรือไม่"</p> <p>บันทึกรหัส ใช้..... 1</p> <p>(ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ใช่..... 2</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 2, 7, 9 ข้ามไปถาม F69)</p>	<p>ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F67 (ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ หรือได้รับความช่วยเหลือสำหรับการเคลื่อนที่)</p> <p>"...(ชื่อ)...ใช้สิ่งต่อไปนี้ หรือไม่"</p> <p>ให้พนักงานเจ้าหน้าที่อ่านรายการ F68 A - G และบันทึกคำตอบทุกประเภทรายการ</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ใช้..... 1</p> <p>ไม่ใช่..... 2</p> <p>ไม่ตอบ..... 7</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>						
	ไม่เท้า	อุปกรณ์ช่วยเดินชนิด 4 ขาหรือแบบมีล้อ	ไม้ค้ำยันรักแร้หรือระดับแขน	รถนั่งคนพิการหรือสกิวเตอร์ไฟฟ้า	ขาเทียมหรือเท้าเทียม	ความช่วยเหลือ	อื่น ๆ (ระบุ)
	F67	F68 A	F68 B	F68 C	F68 D	F68 E	F68 F

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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>ถามผู้บันทึก รหัส 1-3,7,9 ใน F69</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินขึ้นหรือลงบันได 12 ชั้นหรือไม่"</p>	<p>ถามผู้บันทึกรหัส 1,7,9 ใน F67 และรหัส 2,7,9 ใน F68D (ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ยกเว้นรถนั่งคนพิการฯ หรือได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ตอบ/ไม่ทราบ)</p>	<p>ถามผู้บันทึกรหัส 1-3,7,9 ใน F72</p>
<p>ถ้า F67 = 1: เมื่อไม่ใช้เครื่องช่วยของตนเอง</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 500 เมตร (เครื่องกิโลเมตร) หรือไม่"</p>	<p>บันทึกรหัส</p>	<p>"เมื่อใช้เครื่องช่วยของตนเอง...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 100 เมตรหรือไม่"</p>	<p>"เมื่อใช้เครื่องช่วยของตนเอง...(ชื่อ)...มีความลำบากในการเดินระดับพื้นราบระยะ 500 เมตร (เครื่องกิโลเมตร) หรือไม่"</p>
<p>บันทึกรหัส</p>	<p>ถ้า F67 = 1: เมื่อไม่ใช้เครื่องช่วยของตนเอง</p>	<p>บันทึกรหัส</p>	<p>บันทึกรหัส</p>	<p>บันทึกรหัส</p>
<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>บันทึกรหัส</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>
<p>มีความลำบากเล็กน้อย... 2</p>	<p>บันทึกรหัส</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย.. 2</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>
<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>
<p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>ไม่มีความลำบาก..... 1</p>	<p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>
<p>(ถ้าบันทึกรหัส 4 ข้ามไปถาม F71)</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย... 2</p>	<p>ไม่ตอบ..... 7</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>	<p>ไม่ตอบ..... 7</p>
<p>ไม่ตอบ..... 7</p>	<p>มีความลำบากมาก..... 3</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>
<p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>เดินไม่ได้เลย..... 4</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>มีความลำบากเล็กน้อย..... 2</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>
<p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>ไม่ตอบ..... 7</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>ไม่ทราบ..... 9</p>
<p>F69</p>	<p>F70</p>	<p>F71</p>	<p>F72</p>	<p>F73</p>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 F76		ถามผู้บันทึกรหัส 1,3,7,9 ใน F77	
			บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มีความลำบาก..... 1	ใช้..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1	มีความลำบาก	ในการจดจำอย่างเดียว..... 1	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	ไม่ใช้..... 2	(ข้ามไปถาม F80)	มีความลำบาก	ในการมีสมาธิอย่างเดียว..... 2	บางครั้ง..... 1	บางอย่าง..... 1
มีความลำบากมาก..... 3	ไม่ตอบ..... 7	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2	ไม่เข้าใจเลย..... 4	ไม่ตอบ..... 7	บ่อย ๆ..... 2	หลายอย่าง..... 2
ไม่เข้าใจเลย..... 4	ไม่ทราบ..... 9	มีความลำบากมาก..... 3	ไม่ตอบ..... 7	ไม่ทราบ..... 9	ตลอดเวลา... 3	เกือบทุกอย่าง... 3
ไม่ตอบ..... 7		จำไม่ได้ หรือ	ไม่ทราบ..... 9	มีความลำบากทั้งการจดจำ	ไม่ตอบ..... 7	ไม่ตอบ..... 7
ไม่ทราบ..... 9		ไม่มีสมาธิเลย..... 4		และการมีสมาธิ..... 3	ไม่ทราบ..... 9	ไม่ทราบ..... 9
		ไม่ตอบ..... 7		ไม่ตอบ..... 7		
		ไม่ทราบ..... 9		ไม่ทราบ..... 9		
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"/>

ตอนที่ 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือ กินอาหาร หรือไม่" บันทึกหัส ไม่มีความลำบาก..... 1 (ข้ามไปถาม F84) มีความลำบาก เล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก.... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	ถามผู้บันทึกหัส 2 - 4,7,9 ใน F80			"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการยกขวดน้ำอัดลม ขนาด 2 ลิตร จากระดับเอว ถึงตาหรือไม่" บันทึกหัส ไม่มี มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก.... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการใช้แขนและนิ้ว เช่น หยิบสิ่งของเล็ก ๆ (เช่น กระดุม หรือ ดินสอ) หรือ เปิด/ปิดภาชนะ/ขวดหรือไม่" บันทึกหัส ไม่มี มีความลำบาก..... 1 มีความลำบากเล็กน้อย..... 2 มีความลำบากมาก.... 3 ทำไม่ได้เลย..... 4 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...รู้สึกลุ่มใจ หงุดหงิด หรือ วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน" บันทึกหัส ทุกวัน..... 1 ทุกสัปดาห์..... 2 ทุกเดือน..... 3 2-3 ครั้ง/ปี..... 4 ไม่เคย..... 5 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9	"...(ชื่อ)...กินยาสำหรับรักษาอาการลุ่มใจ หงุดหงิด หรือ วิตกกังวล หรือไม่" บันทึกหัส กิน..... 1 ไม่กิน..... 2 ไม่ตอบ..... 7 ไม่ทราบ..... 9 (ถ้า F86 = 5 และ F87 = 2 "ไม่เคยลุ่มใจฯ และ ไม่กินยา" ข้ามไปถาม F89)
	การกินอาหาร	การอาบน้ำ	การแต่งตัว				
F80	F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

142

143

144

145

146

147

148

149

ตอนที่ 6 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ต่อ)

ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ถามผู้บันทึก	"...(ชื่อ)... รู้สึกซึมเศร้า บ่อยแค่ไหน"	"...(ชื่อ)... กินยาสำหรับ รักษาอาการ ซึมเศร้า หรือไม่"	ถามผู้บันทึก	"...(ชื่อ)... มีความลำบาก ในการลุกจาก การนอน เป็นทำนองหรือไม่"	"เมื่อเปรียบเทียบกับ คนที่มีอายุเท่ากัน ...(ชื่อ)... มีความลำบาก ในการอ่าน สะกดคำ หรือ คำนวณหรือไม่"
รหัส 1 - 4,7,9 ใน F86 หรือรหัส 1,7,9 ใน F87 (ผู้ที่รู้สึกลุ่มใจ หรือ กินยา หรือไม่ตอบ/ไม่ทราบ)			รหัส 1 - 4,7,9 ใน F89 หรือ รหัส 1,7,9 ใน F90 (ผู้ที่รู้สึกซึมเศร้า หรือกินยา หรือไม่ตอบ/ไม่ทราบ)		
“นึกถึงครั้งสุดท้ายที่ ...(ชื่อ)...รู้สึกลุ่มใจ หงุดหงิด หรือวิตกกังวล โดยมีความรู้สึกดังกล่าว อย่างน้อยเพียงใด”	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	“นึกถึงครั้งสุดท้ายที่ ...(ชื่อ)...มีอาการ ซึมเศร้าโดยมี ความรู้สึกดังกล่าว อย่างน้อยเพียงใด”	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
	ทุกวัน..... 1	กิน..... 1		ไม่มี	ไม่มี
	ทุกสัปดาห์..... 2	ไม่กิน..... 2		ความลำบาก..... 1	ความลำบาก..... 1
	ทุกเดือน..... 3	ไม่ตอบ..... 7		มีความลำบาก	มีความลำบาก
	2-3 ครั้ง/ปี..... 4	ไม่ทราบ..... 9		เล็กน้อย..... 2	เล็กน้อย..... 2
	ไม่เคย..... 5		บันทึกรหัส	มีความลำบากมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3
บันทึกรหัส	ไม่ตอบ..... 7	(ถ้า F89 = 5 และ F90 = 2	เล็กน้อย..... 1	ทำไม่ได้เลย..... 4	ทำไม่ได้เลย..... 4
เล็กน้อย..... 1	ไม่ทราบ..... 9	"ไม่เคยซึมเศร้า และ ไม่กินยา"	มาก..... 2	ไม่ตอบ..... 7	ไม่ตอบ..... 7
มาก..... 2		ข้ามไป	ระหว่างเล็กน้อยและมาก..... 3	ไม่ทราบ..... 9	ไม่ทราบ..... 9
ระหว่างเล็กน้อยและมาก..... 3		ถาม F92)	ไม่ตอบ..... 7		
ไม่ตอบ..... 7			ไม่ทราบ..... 9		
ไม่ทราบ..... 9					
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"/>

ตอนที่ 7 ผู้ดูแลของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง					
เฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง				
	ถามผู้บันทึกที่ 1 ใน F94		ถามผู้บันทึกที่ 3 - 16 ใน F95 (มีผู้ดูแล)		
ให้พนักงาน แจกนับพิจารณา	"ใครเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง" บันทึกที่			"ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง"	
ผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง (มีความลำบากมากหรือ ทำไม่ได้เลย) นั่นคือ F50 = 3 - 4 หรือ F80 = 3 - 4	ไม่มีใครดูแล ต้องการผู้ดูแล..... 1 ไม่ต้องการมีผู้ดูแล..... 2 (ถ้าบันทึกที่ 1 - 2 ข้ามไปถามตอนที่ 8) มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง โดยเป็น คู่สมรส..... 3 บุตร..... 4 บุตรชาย / สะใภ้..... 5 บุตรของบุตร..... 6 พี่ / น้อง..... 7 บิดา / มารดา..... 8 ญาติ..... 9 ผู้อาศัย / คนรับใช้..... 10 อื่น ๆ (ระบุ)..... 11		อายุของผู้ดูแล	เพศของผู้ดูแล	
บันทึกที่ 8 ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ใช่..... 2 (ข้ามไปถามตอนที่ 8)	ผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครัวเรือน ผู้รับจ้างดูแล (เอกชน/ญาติที่ได้รับค่าตอบแทน)..... 12 ศูนย์รับดูแลตอนกลางวัน (Day care)..... 13 ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (ภาครัฐจัดให้)..... 14 อาสาสมัคร/ญาติ (ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล)..... 15 อื่น ๆ (ระบุ)..... 16		ให้บันทึกอายุเต็มปี	บันทึกที่ 8 ชาย..... 1 หญิง..... 2	
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 (ต่อ)

บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง

<p>ถามผู้บันทึกรหัส 3 - 16 ใน F95 (มีผู้ดูแล)</p>	<p>ถามผู้บันทึกรหัส 3 - 11 ใน F95 (มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน)</p>				<p>ให้พนักงานเจนนับ</p>																		
<p>"มีค่าใช้จ่าย ในการจ้างผู้ดูแลของ..(ชื่อ).. เฉลี่ยเดือนละกี่บาท"</p> <p>ให้บันทึก ค่าใช้จ่าย</p> <p>ถ้า ไม่มีค่าใช้จ่าย ให้บันทึก "0" ชิดขวา</p>	<p>"ผู้ดูแลต้องออกจากงาน หรือ เลิกประกอบอาชีพที่มีรายได้ เพื่อมาดูแล...(ชื่อ)...หรือไม่ ถ้าใช่ ผู้ดูแลมีรายได้ (สุทธิ) ก่อนออกจากงาน เฉลี่ยเดือนละกี่บาท"</p> <p>ให้บันทึก รายได้สุทธิ หลังจากหักต้นทุน ในการทำงานหรือ การลงทุน</p> <p>ถ้า ไม่ ให้บันทึก "0" ชิดขวา</p>	<p>การได้รับ และความต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการ ที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐของผู้ดูแล</p> <table border="1"> <tr> <td>บันทึกรหัส</td> <td>บันทึกรหัส</td> </tr> <tr> <td>ไม่ใช่..... 1</td> <td>การสนับสนุนเงินทุน ประกอบอาชีพ..... 7</td> </tr> <tr> <td>ใช่</td> <td>การได้รับสัมปทานหรือ ที่จัดจำหน่ายสินค้า..... 8</td> </tr> <tr> <td>ฝึกอบรมทักษะการดูแล คนพิการให้ได้มาตรฐาน ตามหลักและวิชาชีพ..... 2</td> <td>การจัดจ้างแบบเหมางาน และอื่น ๆ..... 9</td> </tr> <tr> <td>การให้คำปรึกษา แนะนำ..... 3</td> <td>การได้รับการลดหย่อน ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา..... 10</td> </tr> <tr> <td>การจัดการศึกษาโดย ส่งเสริมการเรียนรู้และ พัฒนาทักษะเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ..... 4</td> <td>การให้ความช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อ ประโยชน์ในการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.. 11</td> </tr> <tr> <td>การส่งเสริมการประกอบ อาชีพอิสระ..... 5</td> <td>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</td> </tr> <tr> <td>การทำงานในสถานประกอบการ... 6</td> <td></td> </tr> </table>		บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	ไม่ใช่..... 1	การสนับสนุนเงินทุน ประกอบอาชีพ..... 7	ใช่	การได้รับสัมปทานหรือ ที่จัดจำหน่ายสินค้า..... 8	ฝึกอบรมทักษะการดูแล คนพิการให้ได้มาตรฐาน ตามหลักและวิชาชีพ..... 2	การจัดจ้างแบบเหมางาน และอื่น ๆ..... 9	การให้คำปรึกษา แนะนำ..... 3	การได้รับการลดหย่อน ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา..... 10	การจัดการศึกษาโดย ส่งเสริมการเรียนรู้และ พัฒนาทักษะเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ..... 4	การให้ความช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อ ประโยชน์ในการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.. 11	การส่งเสริมการประกอบ อาชีพอิสระ..... 5	อื่น ๆ (ระบุ)..... 12	การทำงานในสถานประกอบการ... 6		<p>"ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือหรือ สวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแล จากรัฐหรือไม่"</p> <p>ถ้า ได้รับ ให้บันทึกรหัสได้ ไม่เกิน 2 รหัส เรียงลำดับตามความสำคัญ</p>		<p>บันทึกรหัส โดยไม่ต้องถาม</p> <p>ผู้ตอบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ที่มีความลำบาก ในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ F95 ถึง F104</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ..... 1</p> <p>ผู้ที่มีความลำบาก เป็นผู้ตอบ..... 2</p> <p>สมาชิกอื่นในครัวเรือน เป็นผู้ตอบ..... 3</p> <p>สมาชิกครัวเรือนอื่น เป็นผู้ตอบ..... 4</p>	
		บันทึกรหัส	บันทึกรหัส																				
		ไม่ใช่..... 1	การสนับสนุนเงินทุน ประกอบอาชีพ..... 7																				
		ใช่	การได้รับสัมปทานหรือ ที่จัดจำหน่ายสินค้า..... 8																				
ฝึกอบรมทักษะการดูแล คนพิการให้ได้มาตรฐาน ตามหลักและวิชาชีพ..... 2	การจัดจ้างแบบเหมางาน และอื่น ๆ..... 9																						
การให้คำปรึกษา แนะนำ..... 3	การได้รับการลดหย่อน ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา..... 10																						
การจัดการศึกษาโดย ส่งเสริมการเรียนรู้และ พัฒนาทักษะเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ..... 4	การให้ความช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อ ประโยชน์ในการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.. 11																						
การส่งเสริมการประกอบ อาชีพอิสระ..... 5	อื่น ๆ (ระบุ)..... 12																						
การทำงานในสถานประกอบการ... 6																							
<p>"ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแล จากรัฐ แต่ยังไม่ได้รับหรือไม่"</p> <p>ถ้า ต้องการ ให้บันทึกรหัสได้ ไม่เกิน 2 รหัส เรียงลำดับตามความสำคัญ</p>	<p>ลำดับที่ 1</p> <p>ลำดับที่ 2</p>		<p>ลำดับที่ 1</p> <p>ลำดับที่ 2</p>																				
<p>F99</p>	<p>F100</p>	<p>F101</p>	<p>F102</p>	<p>F103</p>	<p>F104</p>	<p>F105</p>																	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 9 ภาวะสุขภาพ

ให้นักงานแจกนั้บพิจารณา	ถามผู้บ้ันทึกรหัส 1 ใน F113 และมีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		
	“ระหว่าง 3 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...รู้สึกเจ็บปวด บ่อยแค่ไหน”	ถามผู้บ้ันทึกรหัส รหัส 2 - 4,7,9 ใน F114	“...(ชื่อ)... มีความลำบาก ในการกลั้บอุจจาระ หรือปัสสาวะหรือไม่”
ผู้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง คือ			
1) ความลำบาก ในตอนที่ 4 - 6 อย่างน้อย 1 อย่าง หรือ			
2) ลักษณะความบกพร่อง (ตอนที่ 8 : F106 = 1)			
	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
มี อย่างน้อย 1 เรื่อง..... 1	ไม่เคย..... 1	เล็กน้อย..... 1	ไม่มีความลำบาก..... 1
(ถ้าอายุ ≥ 5 ปี ถามต่อไป	(ข้ามไปถาม F116)	มาก..... 2	มีความลำบากเล็กน้อย..... 2
ถ้าอายุ < 5 ปี ข้ามไปถาม F117)	บางวัน..... 2	ระหว่างเล็กน้อยและมาก..... 3	มีความลำบากมาก..... 3
ถ้าอายุ < 5 ปี ข้ามไปถาม F117)	หลายวัน..... 3	ไม่ตอบ..... 7	ทำไม่ได้เลย..... 4
ไม่มี..... 2	ทุกวัน..... 4	ไม่ทราบ..... 9	ไม่ตอบ..... 7
(ข้ามไปถาม Response)	ไม่ตอบ..... 7		ไม่ทราบ..... 9
	ไม่ทราบ..... 9		
F113	F114	F115	F116

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 ภาวะสุขภาพ (ต่อ)

ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F113

<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยป่วยและจำเป็น ต้องได้รับการตรวจรักษา แต่ไม่ได้ไปรับการตรวจหรือไม่ เพราะเหตุใด" บันทึกรหัส</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยมีความจำเป็น ต้องได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ไม่ได้ไปรับบริการหรือไม่ เพราะเหตุใด" บันทึกรหัส</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...เคยไปรับบริการส่งเสริม ป้องกันโรคหรือไม่ ถ้าไม่ไป เพราะเหตุใด" บันทึกรหัส</p>
<p>ไม่มี..... 1 มี ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 2 ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 3 ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 4 ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 5 เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 6 ไม่ทราบว่าจะไปรักษาที่ใด..... 7 ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 8 ควียวว/ต้องรอนาน..... 9 เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ เตียงเต็ม สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 10 อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>	<p>ไม่มี..... 1 มี ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการฟื้นฟู..... 2 ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 3 ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 4 ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 5 เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 6 ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการฟื้นฟูที่ใด..... 7 ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 8 ควียวว/ต้องรอนาน..... 9 เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ เตียงเต็ม สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 10 อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>	<p>บริการส่งเสริม ป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจคัดกรองเบาหวาน ตรวจความดันโลหิตสูง ตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำฟัน บริการลดน้ำหนัก เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เป็นต้น บันทึกรหัส เคย..... 1 ไม่เคย ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการดังกล่าว... 2 ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 3 ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 4 ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 5 เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 6 ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการที่ใด..... 7 ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 8 ควียวว/ต้องรอนาน..... 9 เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 10 อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>
F117	F118	F119

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

ตอนที่ 10 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

ถามผู้บันทึกหัต 1 ใน F113

<p>"..(ชื่อ)..ได้รับอุปกรณ์ หรือ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ จากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่"</p> <p>บันทึกหัต</p> <p>ไม่ได้รับจากภาครัฐ :</p> <p>จำเป็นต้องใช้..... 1</p> <p>(ถามต่อไป)</p> <p>ไม่จำเป็นต้องใช้..... 2</p> <p>ได้รับจากแหล่งอื่น..... 3</p> <p>ได้รับจากภาครัฐ :</p> <p>ใช้..... 4</p> <p>(ถ้าบันทึกหัต 2 - 4</p> <p>ข้ามไปถาม F127)</p> <p>ไม่ใช้..... 5</p> <p>(ถ้าบันทึกหัต 5</p> <p>ข้ามไปถาม F123)</p>	<p>ประเภทอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยคนพิการ (ไม่รวม อุปกรณ์ที่ผลิตใช้เอง)</p>		<p>เหตุผลที่ได้รับแต่ไม่ใช้</p>			
	บันทึกหัต	บันทึกหัต	บันทึกหัต			
	แวนชยาย.....1	กายอุปกรณ์เสริมระดับได้คอก/เหนือคอก.... 11	ยุ่งยากในการใช้หรือดูแลรักษา..... 1			
	แวนตาที่ตัดพิเศษ....2	กายอุปกรณ์เสริมระดับได้เข้า/เหนือเข้า..... 12	อุปกรณ์เสียแล้วไม่มีแหล่งซ่อม..... 2			
	เลนส์ขยาย..... 3	รองเท้าคนพิการ..... 13	ใช้แล้วเจ็บบริเวณอวัยวะ หรือ			
กล้องส่องดูไกล.....4	รถนั่งคนพิการ..... 14	อุปกรณ์ไม่พอดีกับรูปร่างของตน... 3				
เครื่องช่วยพูด..... 5	รถสามล้อโยก..... 15	ไม่ชอบรูปลักษณะของอุปกรณ์				
เครื่องช่วยฟัง..... 6	เบาะรองนั่ง..... 16	อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยฯ..... 4				
แขนเทียม..... 7	ที่นอนลม ลดการกดทับ..... 17	ต้องการให้มีผู้ดูแลมากกว่าใช้อุปกรณ์				
มือเทียม..... 8	ไม้เท้า..... 18	อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยฯ..... 5				
นิ้วเทียม.....9	ไม้เท้าแบบสามขา..... 19	อื่น ๆ (ระบุ)..... 6				
ขาเทียม..... 10	ไม้ค้ำยันรักแร้/ระดับแขน..... 20					
	อุปกรณ์ช่วยเดินชนิดสี่ขา..... 21					
	อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อ..... 22					
	ไม้เท้าคนตาบอด..... 23					
	อื่น ๆ (ระบุ)..... 24					
	ถามผู้บันทึกหัต 1 ใน F120	ถามผู้บันทึกหัต 5 ใน F120				
	"อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือ เครื่องช่วยคนพิการอะไรที่...(ชื่อ)... มีความจำเป็นต้องใช้ แต่ไม่ได้รับ"	"อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วยอะไรที่...(ชื่อ)...ได้รับจากภาครัฐแต่ไม่ใช้ เพราะเหตุใด"				
	ให้บันทึกได้ไม่เกิน 2 รหัส	ให้บันทึกได้ไม่เกิน 2 คำตอบ				
	เรียงตามลำดับความสำคัญ (เมื่อบันทึกหัตแล้ว ข้ามไปถาม F127)	คำตอบที่ 1		คำตอบที่ 2		
	ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับ	เหตุผลที่ไม่ใช้	อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับ	เหตุผลที่ไม่ใช้
F120	F121	F122	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)

ถามผู้บันทึกหัตถ์ 1 ใน F113

<p>"....(ชื่อ)....จดทะเบียน คนพิการหรือไม่" บันทึกหัตถ์</p> <p>จดทะเบียนและมีบัตร/ สมุดประจำตัวคนพิการแล้ว..... 1</p> <p>ไม่ได้จดทะเบียน</p> <p>ไม่ต้องการจดทะเบียนคนพิการ... 2</p> <p>ไม่ทราบข้อมูล (เช่น ไม่ทราบว่า มีการจดทะเบียน สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับ)..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก..... 4</p> <p>ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน..... 5</p> <p>ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน..... 6</p> <p>ความพิการไม่อยู่ใน ระดับที่จดทะเบียนได้..... 7</p> <p>คิดว่าตนเองไม่พิการ..... 8</p> <p>ไม่มีคนพาไป..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>	<p>"....(ชื่อ).... ได้เบี้ย คนพิการ 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 F129 แล้วข้ามไปถาม F132</p> <p>ถ้า <u>จำเป็น</u> บันทึกหัตถ์ได้ไม่เกิน 2 รหัส เรียงลำดับตามความสำคัญ</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่จำเป็น..... 1 การให้ความช่วยเหลือ ทางกฎหมาย..... 6</p> <p>จำเป็น ต้องการได้รับ</p> <p>การช่วยเหลือทางการศึกษา..... 2 การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ..... 7</p> <p>การบริการล่ามภาษามือ..... 3 การให้คำแนะนำปรึกษา..... 8</p> <p>การปรับสภาพแวดล้อม</p> <p>ที่อยู่อาศัย..... 4 ส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ..... 9</p> <p>การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ..... 5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>ต้องการให้เพิ่มเบี้ยคนพิการ..... 11</p>		<p>ถามผู้บันทึกหัตถ์ 2-11 ใน F129</p> <p>"เพราะเหตุใด...(ชื่อ)...จึง ไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการจากรัฐ" บันทึกหัตถ์</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 1</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 2</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการที่ใด..... 5</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจใน หน่วยบริการหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 7</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีบุคลากรให้บริการ สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p> <p>ได้รับสวัสดิการนั้นแล้ว แต่ยังไม่เพียงพอ..... 10</p>
F127	F128	ลำดับที่ 1 F129	ลำดับที่ 2 F130	F131
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)

ถามผู้บันทึกหัต 1 ใน F113 และมีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ใช้คอมพิวเตอร์หรือไม่ ถ้าใช้ ส่วนใหญ่ใช้ที่ใด" (คอมพิวเตอร์ หมายถึง ตั้งโต๊ะ หรือ พกพา หรือ Tablet) บันทึกหัต	"...(ชื่อ)...มีคอมพิวเตอร์ดังต่อไปนี้ ใช้ส่วนตัวหรือไม่" (ไม่รวม คอมพิวเตอร์ที่ทำงาน หรือที่ยืมมาใช้) บันทึกหัต			ถามผู้บันทึกหัต 1 ใน F133 - F135 อย่างน้อย 1 สดมภ์ "...(ชื่อ)...มีเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก ใช้ร่วมกับ คอมพิวเตอร์ส่วนตัว เพื่อให้สามารถใช้ คอมพิวเตอร์ได้ หรือใช้สะดวกมากขึ้น หรือไม่" บันทึกหัต	"ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ใช้อินเทอร์เน็ตหรือไม่ ถ้าใช้ ส่วนใหญ่ใช้ที่ใด" บันทึกหัต
	ไม่มีใช้..... 1 ใช้ ที่บ้าน..... 2 ที่ทำงาน..... 3 สถานศึกษา..... 4 ร้านอินเทอร์เน็ต..... 5 ศูนย์บริการสารสนเทศประชาชน/ ห้องสมุด..... 6 บ้านเพื่อน/คนรู้จัก/ญาติ..... 7 ศูนย์การเรียนรู้ ICT ชุมชน/ ศูนย์ดิจิทัลชุมชน..... 8 อื่น ๆ (ระบุ)..... 9	มี..... 1 ไม่มี..... 2	ไม่มี..... 1 มี โปรแกรม..... 2 อุปกรณ์ต่อพ่วง..... 3 ทั้ง 2 อย่าง..... 4		
	คอมพิวเตอร์				
	ตั้งโต๊ะ	พกพา	Tablet		
F132	F133	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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 การใช้เครื่องช่วย สวัสดิการ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (ต่อ)			การตอบสัมภาษณ์	
ถามผู้บันทึกรหัส 1 ใน F113 และมีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป			บันทึกรหัสทุกคน	ผู้ที่บันทึกรหัส 2 - 4 ในสดมภ์ Response
"...(ชื่อ)... มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) ใช้ส่วนตัว หรือไม่"	"...(ชื่อ)...มีความลำบากหรือข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมในครัวเรือน อันเนื่องมาจากความลำบาก/ ปัญหาสุขภาพ หรือ ลักษณะความบกพร่องหรือไม่"	"...(ชื่อ)...มีความลำบากหรือข้อจำกัด ในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ที่ต้องการเข้าร่วม อันเนื่องมาจากความลำบาก/ ปัญหาสุขภาพ หรือ ลักษณะความบกพร่องหรือไม่"	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
ไม่มี..... 1	กิจกรรมในครัวเรือน เช่น ทำงานบ้าน ชื่อของ และไปตลาด เป็นต้น	กิจกรรมในชุมชน เช่น ไปวัด โบสถ์ มัสยิด งานแต่งงาน และงานศพ เป็นต้น	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
มี	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	ตนเอง..... 1	กำหนดให้แม่/ ผู้ดูแลหลักตอบ..... 1
สมาร์ทโฟน..... 2	ไม่มี..... 1	ไม่มี..... 1	ตอบแทน ผู้ตอบคือ แม่/ผู้ดูแลหลัก... 2	ผู้ดูแลหลักตอบ..... 1
ไม่ใช่สมาร์ทโฟน... 3	มีสาเหตุ/ปัจจัยจาก สภาพความพิการ..... 2	มีสาเหตุ/ปัจจัยจาก สภาพความพิการ..... 2	สมาชิกคนอื่น ในครัวเรือน... 3	ความพิการ/เจ็บป่วย..... 2
	การเดินทางไม่สะดวก..... 3	การเดินทางไม่สะดวก..... 3	สมาชิก ครัวเรือนอื่น... 4	ชรา..... 3
	ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือภายนอกบ้าน..... 4	ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือภายนอกบ้าน..... 4		ไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์... 4
	คนในบ้านไม่ยอมให้ไป/ทำ..... 5	คนในบ้านไม่ยอมให้ไป/ทำ..... 5		อื่น ๆ (ระบุ)..... 5
	ไม่มีคนพาไป..... 6	ไม่มีคนพาไป..... 6		
	สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม..... 7	สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม..... 7		
	อื่น ๆ (ระบุ)..... 8	อื่น ๆ (ระบุ)..... 8		
F138	F139	F140	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"/>	<input type="checkbox"/>	<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.239)

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

2. สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย

H2 (col.240)

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

} (ข้ามไปถามข้อ 4)

3. สถานภาพการครอบครองที่ดิน

(ถามเฉพาะ H2 บันทึกรหัส 1-3)

H3 (col.241)

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

4. จำนวนห้อง

ห้องทั้งหมด (ไม่นับห้องน้ำ ห้องส้วม)..... H4 (col.242)

ห้องที่ใช้นอน..... H5 (col.243)

5. ไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย

(รวมไฟฟ้าที่ต่อจากแบตเตอรี่และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอื่น ๆ)

มี..... = 1 H6 (col.244)

ไม่มี..... = 0

6. การใช้ส้วม (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า..... = 1 H7 (col.245)

ส้วมแบบนั่งยอง..... = 2

ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า และส้วมแบบนั่งยอง..... = 3

ส้วมหลุม/ ส้วมถ้ำ/ ส้วมถ่ายลงแม่น้ำลำคลอง

หรือ ส้วมลักษณะอื่น ๆ โดยมีห้องกัน..... = 4

ไม่มีส้วม..... = 5

7. น้ำดื่ม (บันทึกประเภทที่ใช้ดื่มเป็นส่วนใหญ่)

H8 (col.246)

8. น้ำใช้ (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

H9 (col.247)

น้ำประปา..... = 1

น้ำประปาผ่านการบำบัด (ต้ม/กรอง)..... = 2

น้ำบาดาล..... = 3

น้ำบ่อ..... = 4

น้ำจากแม่น้ำ/ลำธาร/คลอง/น้ำตก/ภูเขา..... = 5

น้ำฝน..... = 6

น้ำดื่มบรรจุขวด/ตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญ..... = 7

อื่น ๆ (ระบุ)..... = 8

9. สมาชิกในครัวเรือนคนใดคนหนึ่งเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่

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

โทรทัศน์..... H10 (col.248)

เครื่องเล่นวิดีโอ/ วีซีดี/ดีวีดี..... H11 (col.249)

โทรศัพท์บ้าน (โทรศัพท์พื้นฐาน)..... H12 (col.250)

โทรศัพท์มือถือ..... H13 (col.251)

เครื่องคอมพิวเตอร์..... H14 (col.252)

ตู้เย็น..... H15 (col.253)

ไมโครเวฟ/เตาอบ..... H16 (col.254)

เครื่องซักผ้า..... H17 (col.255)

เครื่องปรับอากาศ..... H18 (col.256)

รถยนต์ส่วนบุคคล/ รถจักรยานยนต์..... H19 (col.257)

รถจักรยานยนต์..... H20 (col.258)

รถแทรกเตอร์ 4 ล้อ..... H21 (col.259)

รถไถ 2 ล้อ (รถไถเดินตาม)..... H22 (col.260)

10. ครัวเรือนนี้ มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต หรือไม่

มี..... = 1 H23 (col.261)

ไม่มี..... = 0