



ลับ

สคพ.
แบบแจงนับ
(ถามครัวเรือนส่วนบุคคล)

รหัสแบบ					แผนที่	
					0	1

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

การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550

1. ภาค.....จังหวัด.....

2. อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง.....

3. บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

4. ในเขตเทศบาล ED.....BLK.....

นอกเขตเทศบาล ED.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....

5. ลำดับที่ขุมรวมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง.....

6. เดือน.....พ.ศ. 2550

7. ลำดับที่ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง กลุ่มครัวเรือนตัวอย่าง

8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน **ชั้นแจงนับ**คน

9. ผลการแจงนับครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส)

REG	CWT				1-3
AMP	TMB				4-7
AREA	ED				8-11
	BLK_VIL				12-13
PSU_NO					14-17
MONTH_YR			5	0	18-21
HH_NO				HH_GR	22-25
	MEMBERS				26-27
	ENUM				28-29

ได้ข้อมูล		รหัส	ไม่ได้ข้อมูล		รหัส
ชั้นนับจุด	ชั้นแจงนับ		ชั้นนับจุด	ชั้นแจงนับ	
1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง		11	1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง		21
1.1 มีครัวเรือนอาศัยอยู่	แจงนับได้		ไปสามครั้งไม่พบ	ผู้ตอบสัมภาษณ์	
	รื้อถอน ไฟไหม้		ไม่ให้ความร่วมมือ		
	เป็นบ้านว่าง		หาบ้านไม่พบ		
	เป็นบ้านว่าง				
1.2 เป็นบ้านว่าง		14			
มีครัวเรือน (แจงนับได้)		15			
2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง		16	2. อื่น ๆ (ระบุ)		24
(ครัวเรือนใหม่อยู่แทน					
ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง)					

แจงนับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550 บรรณาธิการและลงรหัสวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550

ชื่อตัว - ชื่อสกุล..... ชื่อตัว - ชื่อสกุล.....

พนักงานแจงนับ

พนักงานบรรณาธิการและลงรหัส

ลายมือชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน					
ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ถามทุกคนในครัวเรือน			ถามเฉพาะ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
		ความเกี่ยวพัน กับหัวหน้าครัวเรือน	เพศ	อายุ	สถานภาพ สมรส
		บันทึกรหัส หัวหน้าครัวเรือน..... 1 ภรรยาหรือสามี..... 2 บุตรที่ยังไม่สมรส..... 3 บุตรที่สมรสแล้ว..... 4 บุตรชาย บุตรสะใภ้..... 5 บุตรของบุตร..... 6 พ่อ แม่ พ่อแม่ของคู่สมรส... 7 ญาติอื่น ๆ 8 ผู้อาศัย และคนรับใช้..... 9	บันทึกรหัส ชาย..... 1 หญิง..... 2	บันทึก อายุเต็มปี ถ้าต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ซิตขวา	บันทึกรหัส โสด..... 1 สมรส..... 2 หม้าย..... 3 หย่า..... 4 แยกกันอยู่..... 5 เคยสมรสแต่ไม่ทราบ สถานภาพ..... 6
F1	F2	F3	F4	F5	F6
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 2 การศึกษา			
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุ 5-30 ปี			
ชั้นที่กำลังเรียน ถ้ากำลังเรียน บันทึก "ชั้นที่กำลังเรียน" - ถ้าเรียนมหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรืออาชีวศึกษา ให้บันทึกสาขาวิชา คณะหรือแผนก - ถ้าไม่ทราบชั้น บันทึก "ระดับที่กำลังเรียน" - ถ้าไม่ทราบชั้นและระดับ บันทึก "เรียนไม่ทราบชั้น"		"...(ชื่อ)...กำลังเรียนหนังสือ ในโรงเรียนประเภทใด" บันทึกรหัส โรงเรียนสำหรับ นักเรียนปกติ.....1 โรงเรียนชั้นคู่ขนาน.....2 โรงเรียนเฉพาะความพิการ สำหรับคนพิการ แต่ละประเภท.....3 โรงเรียนเฉพาะคนพิการ ที่ให้บริการมากกว่า 1 ประเภท.....4 อื่น ๆ (ระบุ).....5	ถามเฉพาะผู้ที่บันทึก "ไม่" (ไม่เรียน) ในสแตมภ์ F7 ".....(ชื่อ).....ไม่ได้เรียนหนังสือเพราะเหตุใด" ให้บันทึกสาเหตุที่สำคัญที่สุด อายุไม่ถึงเกณฑ์การศึกษา..... 1 เข้าเรียนต่อไม่ได้..... 7 ป่วยหรือพิการจนไม่สามารถ มีปัญหาทางความประพฤติ..... 8 เรียนได้..... 2 ไม่มีโรงเรียนพิเศษสำหรับ ไม่มีทุนทรัพย์เรียน..... 3 คนพิการ..... 9 ต้องหาเลี้ยงตนเองหรือ โรงเรียนสำหรับนักเรียนปกติ ครอบครัว..... 4 ไม่พร้อมที่จะรับเข้าเรียน.... 10 โรงเรียนอยู่ไกลหรือ พักการ เรียนได้ แต่ถูกเพื่อน การคมนาคมไม่สะดวก..... 5 ล้อเรียน / แกล้ง..... 11 ไม่สนใจหรือคิดว่า จบการศึกษาแล้ว..... 12 ไม่มีประโยชน์ที่จะเรียน..... 6 อื่น ๆ (ระบุ)..... 13
ชั้นที่กำลังเรียน	สาขาวิชา	F8	F9
F7		F8	F9
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ตอนที่ 2 การศึกษา (ต่อ)		ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์		
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป		ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป		
		อาชีพ	อุตสาหกรรม	
<p>".....(ชื่อ).....จบการศึกษาสูงสุดชั้นใด"</p> <p>บันทึก ชั้น ปี และประกาศนียบัตร หรือปริญญาที่สำเร็จมาโดยละเอียด</p> <p>- ถ้ากำลังเรียนมหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรือ อาชีวศึกษา ให้บันทึก ระดับการศึกษาสูงสุด สาขาวิชา คณะหรือ แผนกก่อนเข้าเรียน และชื่อสถาบันที่กำลังเรียน</p> <p>- ถ้าจบมหาวิทยาลัยฝึกหัดครู (สายวิชาการศึกษา) หรืออาชีวศึกษา ให้บันทึกสาขาวิชา คณะหรือแผนก และชื่อสถาบันที่เรียนจบ</p> <p>ถ้า ไม่เคยเรียน บันทึก "ไม่เคยเรียน"</p>		<p>ถามเฉพาะ ผู้ที่จบ "มหาวิทยาลัย ฝึกหัดครู (สายวิชา การศึกษา) หรือ อาชีวศึกษา" ในสดมภ์ F10</p> <p>จำนวนปี ของหลักสูตร</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนก่อน วันสัมภาษณ์....(ชื่อ)....ทำงานอะไร"</p> <p>ถ้า ทำงาน ให้บันทึกอาชีพหรือ ตำแหน่งหน้าที่การงาน ที่มีชั่วโมงการทำงานสูงสุด (ถามต่อไป)</p> <p>ถ้า ไม่ทำงาน ให้บันทึก "ไม่ทำ" (ข้ามไปถามสดมภ์ F17)</p>	<p>"กิจกรรมหลักที่.....(ชื่อ).....ทำอยู่ เป็นกิจกรรมหรือผลคืออะไร"</p> <p>ให้บันทึกประเภทของกิจการหรือ ลักษณะของงานให้ชัดเจน</p>
ชั้นการศึกษาสูงสุด	สาขาวิชา			
F10		F11	F12	F13
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
47	50	52	56	

ตอนที่ 3 การทำงานระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (ต่อ)

ถามเฉพาะผู้ที่มิใช่ผู้ที่ยังอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

สถานภาพการทำงาน	รายได้		เหตุผลที่ไม่ได้ทำงาน ถามเฉพาะผู้ที่บันทึก "ไม่ทำ" ในสดมภ์ F12
"....(ชื่อ)....ทำงานในฐานะอะไร"	ถามเฉพาะผู้ที่บันทึกรหัส 1-2 และ 4-8 ในสดมภ์ F14		"ไม่ทำ" ในสดมภ์ F12
บันทึกรหัส	"....(ชื่อ)....มีรายได้ ที่เป็นตัวเงิน จากการทำงานหรือการลงทุน เลี้ยงประมาณ เดือนละเท่าไร"	"....(ชื่อ)....มีรายได้ ที่เป็นสิ่งของ จากการทำงานหรือ การลงทุน เลี้ยงประมาณเดือนละเท่าไร"	".....(ชื่อ).....ไม่ทำงานเพราะเหตุใด" บันทึกรหัส
นายจ้าง..... 1	ให้บันทึก รายได้สุทธิ	ให้ประมาณราคาส่งของที่ได้รับ	ทำงานบ้าน..... 1
ผู้ประกอบการธุรกิจของตนเอง..... 2	หลังจากหักต้นทุนในการทำงาน	จากการทำงาน รวมทั้งการนำสินค้า	เรียนหนังสือ..... 2
ผู้ช่วยธุรกิจของครัวเรือน..... 3	หรือการลงทุน โดยบันทึกจำนวนเงิน	หรือบริการจากการทำธุรกิจ หรือ	กำลังหางานทำ..... 3
ลูกจ้างรัฐบาล..... 4	มีหน่วยเป็นบาท	การเกษตรมาริโคด หรือใช้	ยังเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) หรือชรา (60 ปีขึ้นไป)..... 4
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ..... 5	ถ้า ขาดทุนหรือไม่มีรายได้	ภายในครัวเรือน โดยบันทึก	ป่วย พักการ ฯลฯ จนไม่สามารถทำงานได้..... 5
ลูกจ้างเอกชน..... 6	ให้บันทึก "0" ชิดขวา	จำนวนเงินมีหน่วยเป็นบาท	อยากอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องการทำงาน..... 6
สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต..... 7		ถ้า ไม่มี ให้บันทึก "0" ชิดขวา	สามารถทำงานได้ แต่ไม่มีเงินทุน..... 7
ผู้ที่ไม่สามารถจำแนกสถานภาพการทำงานได้..... 8			ขาดผู้แนะนำด้านอาชีพ..... 8
(บันทึกรหัส 3 ข้ามไป			ญาติพี่น้องให้ความอุปการะ..... 9
ถามสดมภ์ F18)			บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติให้ความอุปการะ..... 10
			อื่น ๆ (ระบุ)..... 11
F14	F15	F16	F17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	61	66	70

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ							
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป							
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"							
การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)				สาเหตุ			
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วยสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"				ให้ระบุสาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้			
บันทึกรหัส				บันทึกรหัส			
ไม่ใช้..... 0							
ใช้..... 1							
ความรุนแรง		อายุ		อุบัติเหตุจากการเล่น.....1		สารเคมี / ยา..... 8	
บันทึกรหัส		".....(ชื่อ).....เริ่มมีความลำบาก		อุบัติเหตุจากการทำงาน.....2		ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก.....9	
ไม่มี..... 0		หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้		อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก.....3		โรคภัยไข้เจ็บ.....10	
มี		ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"		อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ.....4		จากกรรมพันธุ์.....11	
ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1				อุบัติเหตุจากการตก.....5		จากการตั้งครม/คลอด.....12	
ความลำบาก/ปัญหา มาก.....2		ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหา		ถูกยิง ถูกทำร้าย.....6		ชราภาพ.....13	
ทำไม่ได้เลย.....3		เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี		ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือ		ไม่ทราบสาเหตุ.....14	
		ให้บันทึก "0" ชิดขวา		หรือการทำงาน.....7		อื่น ๆ (ระบุ).....15	
ความลำบากหรือปัญหาในการมองเห็น (แม้ว่าจะใส่แว่นตาหรือคอนแทกซ์เลนส์แล้วก็ตาม) (ถ้าสดมภ์ F18 และ F19 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F22)				ความลำบากหรือปัญหาในการได้ยิน (ถ้าสดมภ์ F22 และ F23 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F26)			
การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F18	F19	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	34	35	37	39	40	41	43

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)						
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป						
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"						
การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง) "ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วยสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่" <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">บันทึกรหัส</div> ไม่ใช่..... 0 ใช่..... 1				สาเหตุ ให้ระบุสาเหตุที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ <div style="text-align: right;">บันทึกรหัส</div>		
ความรุนแรง บันทึกรหัส		อายุ "...(ชื่อ).....เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"		อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1	สารเคมี / ยา..... 8	
ไม่มี..... 0		".....(ชื่อ).....เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"		อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2	ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 9	
มี		ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"		อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3	โรคภัยไข้เจ็บ..... 10	
ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1		ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหา		อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ..... 4	จากกรรมพันธุ์..... 11	
ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2		เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี		อุบัติเหตุจากกระบะเบ็ด..... 5	จากการตั้งครรภ์/คลอด..... 12	
ทำไม่ได้เลย..... 3		ให้บันทึก "0" ขีดขวา		ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6	ชราภาพ..... 13	
				ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือหรือการทำงาน..... 7	ไม่ทราบสาเหตุ..... 14	
				หรือการทำงาน..... 7	อื่น ๆ (ระบุ)..... 15	
ความลำบากหรือปัญหาในการพูดจาสื่อสาร (ถ้าสดมภ์ F26 และ F27 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F30)				ความลำบากหรือปัญหาในการเข้าใจคำพูด (ถ้าสดมภ์ F30 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F33)		
การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F26	F27	F28	F29	F30	F31	F32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
45	46	47	49	51	52	54

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)					
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป					
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"					
ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ			บันทึกรหัส
ไม่มี..... 0	บันทึกรหัส "....(ชื่อ)....เริ่มมีความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"	ให้ระบุสาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้			
มี					
ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1		อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1	สารเคมี / ยา..... 8		
ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2	ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหา	อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2	ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 9		
ทำไม่ได้เลย..... 3	เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี	อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3	โรคภัยไข้เจ็บ..... 10		
	ให้บันทึก "0" ชิดขวา	อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ..... 4	จากกรรมพันธุ์..... 11		
		อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5	จากการตั้งครุฑ/คลอด..... 12		
		ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6	ชราภาพ..... 13		
		ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือ หรือการทำงาน..... 7	ไม่ทราบสาเหตุ..... 14		
			อื่น ๆ (ระบุ)..... 15		
ปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้ (ถ้าสดมภ์ F33 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F36)			ปัญหาเกี่ยวกับการจดจำ (ถ้าสดมภ์ F36 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F39)		
ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F33	F34	F35	F36	F37	F38
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
56	57	59	61	62	64

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)						
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป						
"....(ชื่อ)....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"						
การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ตัวเอง)				สาเหตุ		
"ปกติ...(ชื่อ)....ใช้เครื่องช่วยสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"				ให้ระบุสาเหตุที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้		
บันทึกครั้ง				บันทึกครั้ง		
ไม่ใช้..... 0						
ใช้..... 1						
ความรุนแรง		อายุ				
บันทึกครั้ง		"....(ชื่อ)....เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้		อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1		
ไม่มี..... 0		ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"		สารเคมี / ยา..... 8		
มี				อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2		
ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1				อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3		
ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2		ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหา		โรควัยไข้เจ็บ..... 10		
ทำไม่ได้เลย..... 3		เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี		จากกรรมพันธุ์..... 11		
		ให้บันทึก "0" ชิดขวา		จากการตั้งครก/คลอด..... 12		
				ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6		
				ชราภาพ..... 13		
				ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือ		
				ไม่ทราบสาเหตุ..... 14		
				หรือการทำงาน..... 7		
				อื่น ๆ (ระบุ)..... 15		
ความลำบากหรือปัญหาในการใช้มือ / นิ้ว หยิบจับสิ่งของ				ความลำบากหรือปัญหาในการยกแขน (เช่น ยกแขนขึ้นหัวผม)		
(ถ้าสดมภ์ F39 และ F40 บันทึกครั้ง 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F43)				(ถ้าสดมภ์ F43 บันทึกครั้ง 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F46)		
การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F39	F40	F41	F42	F43	F44	F45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	67	68	70	72	73	75

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)							
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป							
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"							
การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)				สาเหตุ			
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วยสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่"				ให้ระบุสาเหตุที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้			
วันที่กรทำส ไม่ใช้..... 0 ใช้..... 1				วันที่กรทำส			
ความรุนแรง		อายุ		อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี / ยา..... 8 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 9 อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3 โรคภัยไข้เจ็บ..... 10 อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ..... 4 จากกรรมพันธุ์..... 11 อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 จากการตั้งครุฑ/คอลลด..... 12 ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6 ชราภาพ..... 13 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือ..... 14 ไม่ทราบสาเหตุ..... 14 หรือการทำงาน..... 7 อื่น ๆ (ระบุ)..... 15			
วันที่กรทำส ไม่มี..... 0 มี		"....(ชื่อ)....เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร" ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1 ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2 ทำไม่ได้เลย..... 3		ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหาเมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา			
ความลำบากหรือปัญหาในการลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง (ถ้าสดมภ์ F46 และ F47 บันทึกทำส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F50)				ความลำบากหรือปัญหาในการนั่งยอง ๆ (ถ้าสดมภ์ F50 และ F51 บันทึกทำส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F54)			
การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F46	F47	F48	F49	F50	F51	F52	F53
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
77	78	79	81	83	84	85	87

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)							
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป							
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"							
การใช้เครื่องช่วย (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง) "ปกติ...(ชื่อ)...ใช้เครื่องช่วยสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่" บ้านที่กรหัส ไม่ใช้..... 0 ใช้..... 1				สาเหตุ ให้ระบุสาเหตุที่ทำให้มีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ บ้านที่กรหัส			
ความรุนแรง บ้านที่กรหัส ไม่มี..... 0 มี..... 1 ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1 ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2 ทำไม่ได้เลย..... 3		อายุ "...(ชื่อ)....เริ่มมีความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร" ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหาเมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา		อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี / ยา..... 8 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 9 อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3 โรคภัยไข้เจ็บ..... 10 อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ..... 4 จากกรรมพันธุ์..... 11 อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 จากการตั้งครุฑ/คลอด..... 12 ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6 ชราภาพ..... 13 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือการทำงาน..... 7 ไม่ทราบสาเหตุ..... 14 อื่น ๆ (ระบุ)..... 15			
ความลำบากหรือปัญหาในการเดินทางระยะ 50 เมตร (ถ้าสดมภ์ F54 และ F55 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F58)				ความลำบากหรือปัญหาในการเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (ประมาณ 10 - 14 ชั้น) (ถ้าสดมภ์ F58 และ F59 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F62)			
การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	การใช้เครื่องช่วย	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F54	F55	F56	F57	F58	F59	F60	F61
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	90	91	93	95	96	97	99

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)							
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป							
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"							
การใช้ยา				สาเหตุ			
"ปกติ...(ชื่อ)...ใช้ยาสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่" บันทึกรหัส				ให้ระบุสาเหตุ ที่ทำให้มีความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้			
ไม่ใช้..... 0				บันทึกรหัส			
ใช้..... 1				อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี / ยา..... 8			
ความรุนแรง				อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 9			
บันทึกรหัส				อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3 โรคภัยไข้เจ็บ..... 10			
ไม่มี..... 0				อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ..... 4 จากกรรมพันธุ์..... 11			
มี				อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 จากการตั้งครุฑ/คลอด..... 12			
ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1				ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6 ชราภาพ..... 13			
ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2				ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือ หรือการทำงาน..... 7 ไม่ทราบสาเหตุ..... 14			
ทำไม่ได้เลย..... 3				อื่น ๆ (ระบุ)..... 15			
ถ้าเริ่มมีความลำบากหรือปัญหา ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"				เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ให้บันทึก "0" ชิดขวา			
ปัญหาในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้ (ถ้าสดมภ์ F62 และ F63 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F66)				ปัญหาความเจ็บปวดตามร่างกาย จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้ (ถ้าสดมภ์ F66 และ F67 บันทึกรหัส 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F70)			
การใช้ยา	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	การใช้ยา	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F62	F63	F64	F65	F66	F67	F68	F69
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
101	102	103	105	107	108	109	111

ตอนที่ 4 ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ (ต่อ)							
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป							
".....(ชื่อ).....มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังต่อไปนี้ หรือไม่"							
การใช้ยา "ปกติ...(ชื่อ)...ใช้ยาสำหรับความลำบากหรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่" บันทึกครั้ง ไม่ใช้..... 0 ใช้..... 1				สาเหตุ ให้ระบุสาเหตุที่ทำให้มีความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ บันทึกครั้ง			
ความรุนแรง บันทึกครั้ง ไม่มี..... 0 มี		อายุ "...(ชื่อ)...เริ่มมีความลำบาก หรือปัญหาในเรื่องต่อไปนี้ ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร" ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย..... 1 ความลำบาก/ปัญหา มาก..... 2 ทำไม่ได้เลย..... 3		อุบัติเหตุจากการเล่น..... 1 สารเคมี / ยา..... 8 อุบัติเหตุจากการทำงาน..... 2 ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก..... 9 อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก..... 3 โรคภัยไข้เจ็บ..... 10 อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ..... 4 จากกรรมพันธุ์..... 11 อุบัติเหตุจากกับระเบิด..... 5 จากการตั้งครุฑ/คลอด..... 12 ถูกยิง ถูกทำร้าย..... 6 ชราภาพ..... 13 ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือ หรือการทำงาน..... 7 อื่น ๆ (ระบุ)..... 15		บันทึกครั้ง	
ความลำบากหรือปัญหาในการหายใจ จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้ (ถ้าสดมภ์ F70 และ F71 บันทึกครั้ง 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F74)				ปัญหาสุขภาพที่มีอาการของลมชัก ชักเกร็ง หรือลมบ้าหมู จนไม่สามารถเรียน หรือทำงานตามปกติได้ (ถ้าสดมภ์ F74 และ F75 บันทึกครั้ง 0 ข้ามไปถามสดมภ์ F78)			
การใช้ยา	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ	การใช้ยา	ความรุนแรง	อายุ	สาเหตุ
F70	F71	F72	F73	F74	F75	F76	F77
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	114	115	117	119	120	121	123

ตอนที่ 5 ความลำบากในการดูแลตนเองและผู้ดูแล										
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป										
<p>"ปัญหาสุขภาพหรือความลำบากที่เป็นต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป หรือความบกพร่อง ทำให้...(ชื่อ)... มีความลำบากในการดูแลตนเองหรือไม่" (การดูแลตนเอง ได้แก่ การกินอาหาร อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน แต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย)</p> <p>บันทึกกรหัส ไม่มี.....0 (ข้ามไปถามตอนที่ 6) มี อย่างน้อย 1 อย่าง.....1 (ถามต่อไป)</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความลำบากในการดูแลตนเองต่อไปอย่างไร"</p> <p>ให้อ่านการดูแลตนเองในสดมภ์ F79 ถึงสดมภ์ F83 ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ฟังทีละสดมภ์ และต้องมีกรบันทึกทุกสดมภ์</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่มี 0</p> <p>มี</p> <p>ความลำบาก/ปัญหา เล็กน้อย.....1</p> <p>ความลำบาก/ปัญหา มาก.....2</p> <p>ทำไม่ได้เลย.....3</p> <p>ถ้าสดมภ์ F79 - F83 ทุกสดมภ์ บันทึกกรหัส 0 หรือ 1 ให้ข้ามไปถามตอนที่ 6 ถ้าสดมภ์ F79 - F83 อย่างน้อย 1 สดมภ์ บันทึกกรหัส 2 หรือ 3 ให้ถามต่อไป</p>									
	การกินอาหาร	การอาบน้ำ	การล้างหน้า แปรงฟัน	การแต่งตัว	การขับถ่ายรวมทั้ง การทำ ความสะอาด หลังการ ขับถ่าย	F78	F79	F80	F81	F82
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	34	35	36	37	38					

ตอนที่ 5 ความลำบากในการดูแลตนเองและผู้ดูแล (ต่อ)			
บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง			
ถามเฉพาะผู้บันทึกที่ 2 - 3 ในสแตมภ์ F79 - F83	ถามเฉพาะผู้บันทึกที่ 1 - 13 ในสแตมภ์ F84		
<p>"ใครเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญที่สุดหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง"</p> <p>บันทึกที่รหัส</p> <p>ไม่มีใครดูแล..... 0</p> <p>(ข้ามไปถามตอนที่ 6)</p> <p>มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนและมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง โดยเป็น</p> <p>คู่สมรส..... 1</p> <p>บุตร..... 2</p> <p>บุตรเขย / สะใภ้..... 3</p> <p>บุตรของบุตร..... 4</p> <p>พี่ / น้อง..... 5</p> <p>บิดา / มารดา..... 6</p> <p>ญาติ..... 7</p> <p>ผู้อาศัย / คารับใช้..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p> <p>มีผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครัวเรือน</p> <p>พยาบาล / เจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาล..... 10</p> <p>ผู้ดูแลพิเศษ..... 11</p> <p>ญาติ..... 12</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 13</p>	<p>อายุ และเพศของผู้ดูแล</p>		<p>"ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง"</p> <p>ให้บันทึก จำนวนชั่วโมง</p> <p>(เศษของชั่วโมง ถ้าไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้ตัดทิ้ง ถ้าตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไป ให้นับเป็น 1 ชั่วโมง)</p> <p>ถ้าใช้เวลาไม่ถึงครึ่งชั่วโมง ให้บันทึก "0"</p>
	<p>อายุ</p> <p>ให้บันทึก</p> <p>อายุเต็มปี</p>	<p>เพศ</p> <p>บันทึกที่รหัส</p> <p>ชาย.....1</p> <p>หญิง.....2</p>	
F84	F85	F86	F87
39	41	44	45

ตอนที่ 5 ความลำบากในการดูแลตนเองและผู้ดูแล (ต่อ)			
บันทึกให้ตรงกับบรรทัดของผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง			
ถามเฉพาะผู้บันทึกรหัส 1-13 ในสแตมภ์ F84			
<p>"ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการ จากรัฐเพิ่มเติมหรือไม่"</p> <p>ถ้าต้องการ บันทึกรหัสได้ไม่เกิน 3 รหัส เรียงลำดับตามความต้องการจากมากไปหาน้อย</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่ต้องการ..... 0 พยาบาลมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและ สถานดูแลกลางวัน..... 11</p> <p>ต้องการ ในการดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น..... 7 สถานที่รับฝากชั่วคราว เช่น เพื่อให้ผู้ดูแล</p> <p>เงินสนับสนุน..... 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและ มีโอกาสพักผ่อน เป็นต้น..... 12</p> <p>งานมีรายได้ที่บ้าน..... 2 ในชุมชน..... 8 สถานที่รับดูแลตลอดไป..... 13</p> <p>ลดหย่อนภาษี..... 3 บริการพาหนะเวลาจำเป็นต้งนำ อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p> <p>ช่วยดัดแปลงที่พักให้ ผู้ที่มีความลำบากในการดูแล</p> <p>เหมาะสมกับการดูแล..... 4 ตนเองไปที่อื่น เช่น</p> <p>การฝึกอบรมให้สามารถดูแล ไปโรงพยาบาล เป็นต้น..... 9</p> <p>ได้ถูกต้อง..... 5 เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้</p> <p>คนช่วยดูแลบางเวลา..... 6 โดยสะดวก..... 10</p>			<p>ผู้ตอบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ การดูแลผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ตั้งแต่สแตมภ์ F84 ถึงสแตมภ์ F90</p> <p>ให้พนักงานเจนนับ บันทึกรหัส โดยไม่ต้องถาม</p> <p style="text-align: right;">บันทึกรหัส</p> <p>ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ..... 1</p> <p>ผู้ที่มีความลำบากเป็นผู้ตอบ..... 2</p> <p>สมาชิกอื่นในครัวเรือนเป็นผู้ตอบ..... 3</p> <p>บุคคลอื่นที่อยู่นอกครัวเรือน เป็นผู้ตอบ..... 4</p>
คำตอบที่ 1	คำตอบที่ 2	คำตอบที่ 3	
F88	F89	F90	F91
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47	49	51	53

ตอนที่ 6 ความลำบาก/ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในครัวเรือนและชุมชน		ตอนที่ 7 ลักษณะความบกพร่อง	
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป		ถามทุกคน	
<p>ความลำบากหรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในครัวเรือน เช่น การทำงานบ้าน ซื่อของ และไปตลาด เป็นต้น</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 0</p> <p>มี</p> <p>ความลำบาก/ข้อจำกัด เล็กน้อย..... 1</p> <p>ความลำบาก/ข้อจำกัด มาก..... 2</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 3</p>	<p>ความลำบากหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่ต้องการเข้าร่วม เช่น ไปวัด โบสถ์ มัสยิด งานแต่งงาน และงานศพ เป็นต้น</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 0</p> <p>มี</p> <p>ความลำบาก/ข้อจำกัด เล็กน้อย..... 1</p> <p>ความลำบาก/ข้อจำกัด มาก..... 2</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 3</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีลักษณะดังต่อไปนี้ หรือไม่"</p> <p>ให้อ่านลักษณะความบกพร่องจากสมุดเก็บข้อมูลให้ผู้อ่านลักษณะความบกพร่องจากผู้ตอบสัมภาษณ์ฟัง</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 0</p> <p>(ข้ามไปตอนที่ 8)</p> <p>มี..... 1</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ตาบอดข้างเดียว</p> <p>ตาบอด 2 ข้าง</p> <p>สายตาเลือนรางข้างเดียว</p> <p>สายตาเลือนราง 2 ข้าง</p> <p>หูหนวกข้างเดียว</p> <p>หูหนวก 2 ข้าง</p> <p>หูตึงข้างเดียว</p> <p>หูตึง 2 ข้าง</p> <p>สื่อความด้วยการพูด และการฟังไม่ได้</p> <p>ใบ้</p> <p>พูดผิดปกติ</p> <p>สมองพิการแต่กำเนิด</p> <p>จนสื่อความหมายไม่ได้</p> <p>แขนขาด / ด້วน</p> <p>ขาขาด / ด້วน</p> <p>มือขาด / ด້วน</p> <p>นิ้วมือขาด / ด້วน</p> <p>นิ้วเท้าขาด /ด້วน</p> <p>แขน ขา ลีบ / เขี้ยวตงอไม่ได้</p> <p>แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกื้อง</p> <p>โก่ง กระตุก ลั่น</p> <p>เท้าปุก เท้าตะแคง เท้ากลับ</p> <p>อัมพาต</p> <p>อัมพฤกษ์</p> <p>โรคจิต / วิกลจริต</p> <p>ออทิสติก</p> <p>สมองพิการ หรือ ซี พี</p> <p>สื่อความหมายไม่ได้เพราะ</p> <p>สมองถูกกระทบกระเทือน</p> <p>ปัญญาอ่อน</p> <p>บกพร่องทางการเรียนรู้</p> <p>ปากแหว่ง และ/ หรือเพดานโหว่</p> <p>ศีรษะใหญ่เกินปกติ</p> <p>อื่น ๆ</p>
F92	F93	F94	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<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 ลักษณะความบกพร่อง (ต่อ)							
ถามเฉพาะผู้บันทึกที่ 1 ในสแตมภ์ F94							
ให้บันทึกที่ 1 ลักษณะความบกพร่อง อายุประมาณที่เริ่มเป็น สาเหตุที่ทำให้เป็น และระยะเวลาที่เป็น							
ลักษณะความบกพร่อง				สาเหตุ		อายุ	
ตาอดข้างเดียว.....	1	นิ้วเท้าขาด / ตัว.....	17	อุบัติเหตุจากการเล่น.....	1	"...(ชื่อ)...เริ่มมีความบกพร่อง	
ตาอด 2 ข้าง.....	2	แขน ขา ลีบ/เหยียดงอไม่ได้.....	18	อุบัติเหตุจากการทำงาน.....	2	ลักษณะต่อไปนี้	
สายตาดูเลนรางข้างเดียว.....	3	แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกื้อง		อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก.....	3	ตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร"	
สายตาดูเลนราง 2 ข้าง.....	4	โอง กระตุก ลัน.....	19	อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ.....	4		
หูหนวกข้างเดียว.....	5	เท้าปุก เท้าตะแคง เท้ากลับ.....	20	อุบัติเหตุจากกับระเบิด.....	5	ถ้าเริ่มมีความบกพร่อง	
หูหนวก 2 ข้าง.....	6	อัมพาต.....	21	ถูกยิง ถูกทำร้าย.....	6	เมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี	
หูตึงข้างเดียว.....	7	อัมพฤกษ์.....	22	ตกจากที่สูงที่ไม่ใช่จากการเล่น		ให้บันทึก "0" ซิดขวา	
หูตึง 2 ข้าง.....	8	โรคจิต / วิกลจริต.....	23	หรือการทำงาน.....	7		
สื่อความด้วยการพูด และการฟังไม่ได้.....	9	ออทิสติก.....	24	สารเคมี / ยา.....	8		
ใบ้.....	10	สมองพิการ หรือ ซี พี.....	25	ถูกไฟ / น้ำร้อนลวก.....	9	ระยะเวลา	
หูตึงผิดปกติ.....	11	สื่อความหมายไม่ได้เพราะ		โรคภัยไข้เจ็บ.....	10	น้อยกว่า 6 เดือน.....	1
สมองพิการแต่กำเนิด		สมองถูกกระทบกระเทือน.....	26	จากกรรมพันธุ์.....	11	มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน..	2
จนสื่อความหมายไม่ได้.....	12	ปัญญาอ่อน.....	27	จากการตั้งครมภ์/คลอด.....	12		
แขนขาด / ตัว.....	13	บกพร่องทางการเรียนรู้.....	28	ชราภาพ.....	13		
ขาขาด / ตัว.....	14	ปากแหว่ง และ/หรือเพดานโหว่.....	29	ไม่ทราบสาเหตุ.....	14		
มือขาด / ตัว.....	15	ศีรษะใหญ่เกินปกติ.....	30	อื่น ๆ (ระบุ).....	15		
นิ้วมือขาด / ตัว.....	16	อื่น ๆ (ระบุ).....	31				
ลักษณะความบกพร่องที่ 1				ลักษณะความบกพร่องที่ 2			
ลักษณะความบกพร่อง	อายุ	สาเหตุ	ระยะเวลา	ลักษณะความบกพร่อง	อายุ	สาเหตุ	ระยะเวลา
F95	F96	F97	F98	F99	F100	F101	F102
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
57	59	61	63	64	66	68	70

ตอนที่ 8 การใช้เครื่องช่วยและสวัสดิการ				
ให้พนักงานแจ้งนับพิจารณา	ถามเฉพาะผู้บันทึกหัต 1 ในสดมภ์ F103			ถามเฉพาะผู้บันทึกหัต 0 ในสดมภ์ F104
<p>ผู้ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเรื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (ตอนที่ 4)</p> <p>ผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง (ตอนที่ 5 : F78 = 1) หรือมีความบกพร่อง (ตอนที่ 7 : F94 = 1) บันทึกหัต</p> <p>ไม่มี.....0 (ข้ามไปถามสดมภ์ Response)</p> <p>มีอย่างน้อย 1 เรื่อง.....1 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ปัจจุบัน...(ชื่อ)..ใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมหรือเครื่องช่วยคนพิการหรือไม่" (รวมทั้งอุปกรณ์ที่ทำเอง)</p> <p>ถ้าไม่ใช้ ให้บันทึกหัต "0" ในสดมภ์ F104</p> <p>ถ้าใช้ บันทึกได้ไม่เกิน 3 รหัส</p> <p>บันทึกหัต</p> <p>ไม่ใช้.....0 นิ้วเทียม.....9 บันทึกหัต</p> <p>(ข้ามไปถามสดมภ์ 107) ขาเทียม.....10</p> <p>ใช้</p> <p>กายอุปกรณ์เสริมระดับ</p> <p>แขนขยาย.....1 ได้เข้า / เหนือเข้า.....11</p> <p>แว่นตาที่ตัดพิเศษ.....2 รถนั่งคนพิการ.....12</p> <p>เลนส์ขยาย.....3 เบาะรองนั่ง.....13</p> <p>กล้องส่องดูไกลหรือ ไม่เท้า.....14</p> <p>กล้องส่องทางไกล.....4 ไม่เท้าแบบสามขา.....15</p> <p>เครื่องช่วยพูด.....5 ไม่ค้ำยันรักแร้ / ระดับแขน.....16</p> <p>เครื่องช่วยฟัง.....6 ที่ช่วยเดินชนิดลิ้นชัก.....17</p> <p>แขนเทียม.....7 ไม่เท้าคนตาบอด.....18</p> <p>มือเทียม.....8 อื่น ๆ (ระบุ).....19</p> <p>(ถ้าบันทึกหัต 1-19 ในสดมภ์ใดสดมภ์หนึ่ง ให้ข้ามไปถามสดมภ์ F108)</p>			<p>"เหตุผลที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมหรือเครื่องช่วยคนพิการ"</p> <p>ไม่จำเป็นต้องใช้.....1</p> <p>ไม่มีใช้.....2</p> <p>มี แต่ไม่ใช้เนื่องจาก</p> <p>มีความยุ่งยากในการใช้หรือ ดูแลรักษา..... 3</p> <p>ใช้แล้วเจ็บบริเวณอวัยวะส่วนนั้น..... 4</p> <p>ไม่ชอบรูปลักษณะของอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมนั้น..... 5</p> <p>ต้องการให้มีผู้ดูแลมากกว่าใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมหรือเครื่องช่วยคนพิการ..... 6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 7</p>
	คำตอบที่ 1	คำตอบที่ 2	คำตอบที่ 3	
F103	F104	F105	F106	F107
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	72	74	76	78

ตอนที่ 8 การใช้เครื่องช่วยและสวัสดิการ (ต่อ)			ผู้ตอบสัมภาษณ์	
ถามเฉพาะผู้บันทึก รหัส 1 ในสดมภ์ F103			บันทึกที่สทุกคน	
<p>"...(ชื่อ)...จดทะเบียนคนพิการหรือไม่"</p> <p>บันทึกที่ส</p> <p>จดทะเบียนและมีสมุดประจำตัวคนพิการแล้ว.....1 (ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ได้จดทะเบียน</p> <p>ไม่ต้องการจดทะเบียนคนพิการ.....2</p> <p>ไม่ทราบข้อมูล (เช่น ไม่ทราบว่ามีการจดทะเบียน ไม่ทราบสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับ).....3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก.....4</p> <p>ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน.....5</p> <p>ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน.....6</p> <p>ความพิการไม่อยู่ในระดับที่จดทะเบียนได้.....7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....8 (ถ้าบันทึกที่ส 2-8 ข้ามไปสดมภ์ F110)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 -70 ปี และบันทึกที่ส 1 ในสดมภ์ F108</p> <p>"...(ชื่อ)...เคยได้รับการส่งเสริมด้านอาชีพ หรือการจัดหางานจากรัฐ หรือไม่"</p> <p>บันทึกที่ส</p> <p>ไม่ได้.....0</p> <p>ได้</p> <p>ฝึกอาชีพ.....1</p> <p>จัดหางานให้ทำในสถานประกอบการ...2</p> <p>บริการกู้ยืมเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพ โดยไม่เสียดอกเบี้ย.....3</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....4</p>	<p>"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...ได้รับสวัสดิการ คำรักษาพยาบาลหลักของรัฐหรือไม่ ถ้าได้รับ ได้รับจากแหล่งใด"</p> <p>บันทึกที่ส</p> <p>ไม่ได้รับสวัสดิการคำรักษาพยาบาล.....0</p> <p>บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)</p> <p>ประเภทมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท).....1</p> <p>ประเภทไม่มี ท. (เสีย 30 บาท).....2</p> <p>บัตรประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน... 3</p> <p>สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ.....4</p> <p>บันทึกที่ส</p> <p>ตนเอง.....1</p> <p>ตอบแทน เนื่องจาก ความพิการ/ เจ็บป่วย.....2</p> <p>เด็ก/ชรา.....3</p> <p>ไม่พบผู้ตอบ สัมภาษณ์.....4</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....5</p>	<p>F108</p> <p>F109</p> <p>F110</p> <p>Response</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"/>

ตอนที่ 9 ลักษณะของที่อยู่อาศัย

ให้บันทึกที่ส่งลงใน

1. ลักษณะของที่อยู่อาศัย

- ตึก..... = 1 H1 33
- ไม้..... = 2
- ครึ่งตึกครึ่งไม้..... = 3
- ใช้วัสดุไม้อาวัวในท้องถิ่น..... = 4
- ใช้วัสดุใช้แล้ว เช่น ไม้ ลัง..... = 5
- อื่น ๆ (ระบุ)..... = 6

2. สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย

- เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน..... = 1 H2 34
- เป็นเจ้าของบ้านปลูกในที่ดินญาติ (ไม่เสียค่าเช่าที่)..... = 2
- เป็นเจ้าของบ้านแต่เช่าที่ดิน..... = 3
- เป็นเจ้าของบ้านบนที่ดินสาธารณะ..... = 4
- เช่าซื้อ..... = 5
- เช่า..... = 6
- อยู่โดยผู้อื่นเสียค่าเช่าให้..... = 7
- อยู่โดยไม่ต้องเสียค่าเช่า..... = 8

3. จำนวนห้อง

- ห้องทั้งหมด (ไม่นับห้องน้ำ ห้องส้วม)..... H3 35
- ห้องที่เข้านอน..... H4 36

4. ไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย

- (รวมไฟฟ้าที่ต่อจากเบตเตอรี่และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอื่น ๆ)
- มี..... = 1 H5 37
- ไม่มี..... = 0

5. เชื้อเพลิงที่ใช้ในการประกอบอาหาร (บันทึกที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

- ไม่มีการหุงต้ม..... = 0 H6 38
- ถ่าน..... = 1
- ไม้/ฟืน..... = 2
- น้ำมันก๊าด..... = 3
- แก๊ส..... = 4
- ไฟฟ้า..... = 5
- อื่น ๆ (ระบุ)..... = 6

6. การใช้ส้วม (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

- ส้วมชักโครก..... = 1 H7 39
- ส้วมซึม..... = 2
- ส้วมชักโครกและส้วมซึม..... = 3
- ส้วมหลุม ถึง บ่อปลา ถ่ายลงแม่น้ำลำคลอง
หรือ ส้วมลักษณะอื่น ๆ โดยมีห้องกัน..... = 4
- ไม่มีส้วม..... = 5

7. น้ำดื่ม (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

- น้ำดื่มบรรจุขวด..... = 1 H8 40
- น้ำประปาต่อท่อเข้าบ้าน..... = 2
- น้ำบาดาลต่อท่อเข้าบ้าน..... = 3
- น้ำประปานอกบ้าน..... = 4
- น้ำบ่อหรือน้ำบาดาล..... = 5
- น้ำจากแม่น้ำลำธาร หรือ คลอง..... = 6
- น้ำฝน..... = 7
- อื่น ๆ (ระบุ)..... = 8

8. น้ำใช้ (บันทึกประเภทที่ใช้เป็นส่วนใหญ่)

- น้ำดื่มบรรจุขวด..... = 1 H9 41
- น้ำประปาต่อท่อเข้าบ้าน..... = 2
- น้ำบาดาลต่อท่อเข้าบ้าน..... = 3
- น้ำประปานอกบ้าน..... = 4
- น้ำบ่อหรือน้ำบาดาล..... = 5
- น้ำจากแม่น้ำลำธาร หรือ คลอง..... = 6
- น้ำฝน..... = 7
- อื่น ๆ (ระบุ)..... = 8

9. วิธีกำจัดขยะภายในครัวเรือน (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ)

- เก็บรวบรวมให้พนักงานนำไปทิ้ง..... = 1 H10 42
- เผา..... = 2
- ฝังกลบ..... = 3 H11 43
- นำไปเลี้ยงสัตว์..... = 4
- ทำปุ๋ยหมัก..... = 5
- ทิ้งลงแม่น้ำ ลำคลอง..... = 6
- ทิ้งตามที่ว่าง ที่สาธารณะ..... = 7
- อื่น ๆ (ระบุ)..... = 8

ตอนที่ 9 ลักษณะของที่อยู่อาศัย (ต่อ)

10. สมาชิกในครัวเรือนคนใดคนหนึ่งเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่

ถ้าเป็นเจ้าของ ให้ระบุจำนวนสิ่งของแต่ละรายการที่มีทั้งหมดในครัวเรือนลงใน

ถ้าไม่มีหรือมีใช้แต่ไม่เป็นเจ้าของ ให้บันทึก "0" ลงใน (ถ้าผู้นอกครัวเรือนให้ยืมมาจะถือว่า "ไม่เป็นเจ้าของ")

เตียงนอนไม้ หรือ โลหะ.....	H12	<input type="text"/>	44	เครื่องปรับอากาศ.....	H25	<input type="text"/>	57
เตาหุงต้มอาหาร - แก๊ส.....	H13	<input type="text"/>	45	เครื่องทำน้ำร้อน / น้ำอุ่น ในห้องน้ำ.....	H26	<input type="text"/>	58
- ไฟฟ้า.....	H14	<input type="text"/>	46	เครื่องคอมพิวเตอร์.....	H27	<input type="text"/>	59
เตาอบไมโครเวฟ.....	H15	<input type="text"/>	47	โทรศัพท์ (รวมเครื่องต่อพ่วง PCT).....	H28	<input type="text"/>	60
กระดิกต้มน้ำไฟฟ้า.....	H16	<input type="text"/>	48	โทรศัพท์เคลื่อนที่.....	H29	<input type="text"/>	61
ผู้เย็น.....	H17	<input type="text"/>	49	โทรสาร.....	H30	<input type="text"/>	62
เตารีดไฟฟ้า.....	H18	<input type="text"/>	50	รถยนต์ส่วนบุคคล.....	H31	<input type="text"/>	63
หม้อหุงต้มอาหารไฟฟ้า.....	H19	<input type="text"/>	51	รถบรรทุกเล็ก / รถปิกอัพ / รถตู้.....	H32	<input type="text"/>	64
พัดลม.....	H20	<input type="text"/>	52	รถอีแต่น และรถอื่น ๆ ประเภทเดียวกัน.....	H33	<input type="text"/>	65
วิทยุ.....	H21	<input type="text"/>	53	เรือยนต์.....	H34	<input type="text"/>	66
โทรทัศน์.....	H22	<input type="text"/>	54	รถจักรยานยนต์.....	H35	<input type="text"/>	67
เครื่องเล่นวิดีโอ / ซีดี.....	H23	<input type="text"/>	55	รถจักรยาน.....	H36	<input type="text"/>	68
เครื่องซักผ้า.....	H24	<input type="text"/>	56				

โครงการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550

ตารางเทียบอายุ

กุน	จอ	ระกา	วอก	มะแม	มะเมีย	มะเล็ง	มะโรง	เถาะ	ชาล	ฉลู	ชวด
2550	2549	2548	2547	2546	2545	2544	2543	2542	2541	2540	2539
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2538	2537	2536	2535	2534	2533	2532	2531	2530	2529	2528	2527
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2526	2525	2524	2523	2522	2521	2520	2519	2518	2517	2516	2515
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
2514	2513	2512	2511	2510	2509	2508	2507	2506	2505	2504	2503
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
2502	2501	2500	2499	2498	2497	2496	2495	2494	2493	2492	2491
48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
2490	2489	2488	2487	2486	2485	2484	2483	2482	2481	2480	2479
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
2478	2477	2476	2475	2474	2473	2472	2471	2470	2469	2468	2467
72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
2466	2465	2464	2463	2462	2461	2460	2459	2458	2457	2456	2455
84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
2454	2453	2452	2451	2450	2449	2448	2447	2446	2445	2444	2443
96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
2442	2441	2440	2439	2438	2437	2436	2435	2434	2433	2432	2431
108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119

- หมายเหตุ**
1. ผู้ที่ตอบปีเกิดเป็นปีพุทธศักราช
 - ก. ขณะสัมภาษณ์ ถ้าไม่ถึงเดือนเกิดให้เอาอายุ ในตารางนี้ลบด้วย 1
 - ข. ขณะสัมภาษณ์ ถ้าเป็นเดือนเกิดหรือเลยเดือนเกิดแล้ว ให้เทียบอายุ ตามตารางเทียบอายุนี้
 - ค. ผู้ที่เกิดเดือน ม.ค.-มี.ค. ก่อน พ.ศ. 2484 คือ ปี พ.ศ. 2483, 2482,.....ให้เอาอายุ ในตารางนี้ลบด้วย 1
 - ง. ผู้ที่เกิดเดือน เม.ย.-ธ.ค. ก่อน พ.ศ. 2484 คือ ปี พ.ศ. 2483, 2482,.....ให้เทียบอายุ ตามตารางเทียบอายุนี้
 2. ผู้ที่ตอบปีเกิดเป็นปีนักษัตร
 - ก. ผู้ที่เกิดเดือนทางจันทรคติ เดือน 1-4 ของปีนักษัตร ให้เทียบอายุ ตามตารางเทียบอายุนี้
 - ข. ผู้ที่เกิดเดือนทางจันทรคติ เดือน 5-12 ของปีนักษัตร ให้เอาอายุ ในตารางนี้ลบด้วย 1
 3. ถ้าไม่ทราบเดือนเกิด ให้เทียบอายุ ตามตารางเทียบอายุนี้
 4. ให้บันทึกรหัสเดือนและปีเกิดตามตารางข้างล่างนี้

รหัสเดือนและปี				
เดือนทางสุริยคติ	เดือนทางจันทรคติ	รหัส	ปีพุทธศักราช	รหัส
มกราคม	เดือนยี่ / เดือน 2	01	พ.ศ. 2550	550
กุมภาพันธ์	เดือน 3	02	พ.ศ. 2549	549
มีนาคม	เดือน 4	03	พ.ศ. 2548	548
เมษายน	เดือน 5	04	พ.ศ. 2547	547
พฤษภาคม	เดือน 6	05	พ.ศ. 2546	546
มิถุนายน	เดือน 7	06	.	.
กรกฎาคม	เดือน 8	07	.	.
สิงหาคม	เดือน 9	08	.	.
กันยายน	เดือน 10	09	.	.
ตุลาคม	เดือน 11	10	.	.
พฤศจิกายน	เดือน 12	11	.	.
ธันวาคม	เดือนอ้าย / เดือน 1	12	.	.