

(สำเนา)

ที่ สร 1002/ว 5705

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

29 กันยายน 2523

เรื่อง การใช้หลักฐานประกอบการขอรับสิทธิตามระเบียบ บ.ท.ช.

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักฐานทางการแพทย์ (แบบ บ.ท.ช.6)

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าความชอบ ค่าทดแทน และการช่วยเหลือ (ก.บ.ท.ช.) พิจารณาเห็นว่า ในการเสนอขอรับสิทธิ ตามระเบียบ บ.ท.ช. ให้แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนผู้ปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือช่วยเหลือราชการ เนื่องในการป้องกันอธิปไตยและรักษาความสงบเรียบร้อยของประเทศ นั้น ส่วนราชการต่าง ๆ ได้ส่งสรุปประวัติการป่วยเจ็บและการรักษาพยาบาล หรือใบแสดงความเห็นแพทย์ไปเพื่อประกอบการพิจารณา แต่เนื่องจากปรากฏว่าหลักฐานทางการแพทย์ดังกล่าว มีรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเจ็บไม่ชัดเจนเพียงพอแก่การพิจารณาให้สิทธิ ตามระเบียบ บ.ท.ช. ดังนั้น ในการประชุม ก.บ.ท.ช. ครั้งที่ 12/2523 เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2523 ก.บ.ท.ช. จึงได้มีมติกำหนดหลักฐานทางการแพทย์ (แบบ บ.ท.ช.6) และให้ส่วนราชการต่าง ๆ ใช้หลักฐานทางการแพทย์ (แบบ บ.ท.ช.6) ในการเสนอขอรับสิทธิตามระเบียบ บ.ท.ช. ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้หน่วยราชการและรัฐวิสาหกิจ ในสังกัดทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

(ลงชื่อ) ปรีชา โกศลพันธุ์
(นายปรีชา โกศลพันธุ์)
ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
ประธาน ก.บ.ท.ช.

กองการเจ้าหน้าที่

โทร. 2822700

หลักฐานทางการแพทย์

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ยศ, ชื่อ ผู้ป่วยเจ็บ.....อายุ.....ปี สังกัด.....

ภูมิลำเนา.....

รับไว้รักษาเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....โดย (หน่วยที่รับ)...

เคยเข้าป่วยเจ็บในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.....ครั้ง ด้วยโรค..

2. ประวัติการป่วยเจ็บและการตรวจร่างกายโดยย่อ.....

.....

.....

3. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....

.....

.....

4. การรักษา.....

.....

.....

5. จำหน่ายผู้ป่วยเจ็บโดย (...) หาย (...) ทูเลา (...) ไม่ทูเลา

(...) หนี (...) ปลดพ้นราชการ

(...) ถึงแก่กรรม (...) ผู้ป่วยเจ็บไม่สมัครใจ

รักษาต่อ

(...) ส่งผู้ป่วยเจ็บไปรักษาตัวที่.....

จำหน่ายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. วันรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล รวม.....วัน

รักษาโดยแผนก.....กอง.....

หน่วย.....

เมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแล้ว แพทย์ให้ความเห็นให้รักษาตัว

นอกโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.....วัน

7. วันพักฟื้นตามคำสั่งแพทย์ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.....วัน

นอกโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล.....วัน

8. ความเห็นอื่น ๆ

(ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจหรือรักษา)

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ

1. ทำเครื่องหมาย / ไว้ใน (...) หน้าข้อความที่ต้องการ
2. ประวัติการป่วยเจ็บและการตรวจร่างกายโดยย่อ : ให้ระบุลักษณะ
ขนาดผลและอาการบาดเจ็บ (ถ้ามี)
3. ความเห็นอื่น ๆ : ให้ระบุเรื่องราวอื่น ๆ เช่น มีความพิการทาง
อวัยวะใดบ้าง หรืออวัยวะใดเสียหายที่โดยสิ้นเชิงบ้าง ตั้งแต่วัน
เดือน ปีใด หากผู้ป่วยเจ็บมีสภาพร่างกายพิการทุพพลภาพขนาดหนัก
จนเป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งในการประกอบอาชีพ ตามระเบียบ บ.ท.ช.
ข้อ 25 ทวิ ดังต่อไปนี้ ตั้งแต่วัน เดือน ปีใด ขอให้ระบุให้ชัดเจน
(1) สมองเสื่อมหรือได้รับบาดเจ็บถาวรจนทำให้ไม่รู้สึกรู้สีก้าวและ
ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้
(2) อัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia)
(3) ตาบอดสองข้าง
(4) ขาขาดสองข้างหรือขาขาดข้างหนึ่งกับเท้าขาดอีกข้างหนึ่ง
(5) อัมพาตครึ่งท่อน (Paraplegia)
(6) แขนขาดสองข้าง หรือมือขาดสองข้าง
(7) แขนขาดข้างหนึ่งกับมือขาดอีกข้างหนึ่ง
(8) ขาขาดข้างหนึ่งกับมือหรือแขนขาดอีกข้างหนึ่ง
(9) อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ซึ่งฟื้นฟูบำบัดสิ้นสุดลงแล้ว
ยังไม่สามารถเดินได้ แม้จะใช้เครื่องช่วยเครื่องพยุงแล้วก็ตาม
(10) เป็นลมชักชนิดรุนแรง (Major seizure) ที่มีอาการชัก

- ถึงขั้นหมดสติไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ต่ำกว่าเดือนละครั้งในรอบ 1 ปี
- (11) เป็นโรคจิตซึ่งมีอาการแสดงของโรค (Psychotic attack) รวมกันไม่ต่ำกว่า 60 วันขึ้นไปในรอบปีและแพทย์ลงความเห็น ว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ในกรณีที่โรคหรือความพิการอย่างอื่นนอกเหนือจากที่ได้กล่าวแล้ว แต่มีอาการทางทพพลภาพอย่างเด่นชัด ขอให้ชี้แจงลักษณะของโรคหรือความพิการมา โดยละเอียด