

แบบบันทึกข้อมูลการสมัครผู้สูงวัยสุขภาพดี

ประจำปี พ.ศ. 2563

ชื่อ ..... นามสกุล ..... หมายเลขผู้สมัคร .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน.....เบอร์มือถือ.....

สมัครประเภท  ไม่มีโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษา (ระบุ โรค หรืออาการ)

เบาหวาน

ข้อเสื่อม

ความดันโลหิตสูง

หัวใจขาดเลือด

ไ้ไขมันในเลือดสูง

หลอดเลือดในสมอง

มะเร็ง ระบุ .....

อาการอื่น ๆ .....

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

น้ำหนัก..... กิโลกรัม

ส่วนสูง..... เมตร

ค่าดัชนีมวลกาย .....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กรอกข้อมูล.....

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 อายุ.....ปี

1.2 เพศ.....  ชาย  หญิง

1.3 อาชีพเดิม (ระบุ).....

1.4 มีบุตรจำนวน.....คน สามี/ภรรยา.....คน

1.5 ปัจจุบันอยู่กับใคร (ระบุ).....

1.6 มีผู้ดูแลหรือไม่  ไม่มี  มี ระบุ.....

1.7 รายได้ของผู้สมัคร

รายได้ปัจจุบัน  ไม่มี  มี

แหล่งของรายได้ปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เลี้ยงตัวเอง

ได้จากลูก

ได้จากญาติ

อื่นๆ ระบุ .....

2. การตรวจร่างกายประจำปี

ไม่ได้ตรวจ

ตรวจ ระบุสถานที่.....

3. กรณีมีโรคประจำตัว ท่านไปพบแพทย์

เสมอ

เป็นบางครั้ง

ไม่ค่อยได้ไป

4. ความพิการหรือผิดปกติที่มี (ระบุ)

4.1 .....

4.2 .....

5. ยาทุกชนิดทุกประเภทที่ใช้อยู่ในขณะนี้ (ระบุ)

4.1 .....

4.2 .....

4.3 .....

4.4 .....

6. การพักผ่อนหย่อนใจ ในระยะ 6 เดือน

6.1 มีการพักผ่อนหย่อนใจ  บ่อยมาก  บ่อย  น้อย  ไม่มี

6.2 โปรดระบุการพักผ่อนหย่อนใจที่ท่านทำเป็นประจำ .....

.....

.....

7. การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสังคมหรือชุมชนหรือศาสนา

7.1 เป็นสมาชิกชมรม/สมาคม  ไม่มี  มี

หากมี โปรดระบุชื่อชมรม/สมาคม .....

.....

.....

7.2 ได้เข้าร่วมกิจกรรมการบำเพ็ญสาธารณประโยชน์

หรือ กิจกรรมทางศาสนา  บ่อยมาก  บ่อย  น้อย  ไม่มี

หากมี โปรดระบุกิจกรรมที่เข้าร่วม .....

.....

.....

.....

8. ผลงานที่พึงพอใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. โปรดระบุบุคคลผู้ที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวท่าน

9.1 ชื่อ-นามสกุล .....

มีความเกี่ยวข้องกับท่านในฐานะ .....

รู้จักกับท่านมาเป็นระยะเวลา .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน.....เบอร์มือถือ.....

9.2 ชื่อ-นามสกุล .....

มีความเกี่ยวข้องกับท่านในฐานะ .....

รู้จักกับท่านมาเป็นระยะเวลา .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน.....เบอร์มือถือ.....

9.3 ชื่อ-นามสกุล .....

มีความเกี่ยวข้องกับท่านในฐานะ .....

รู้จักกับท่านมาเป็นระยะเวลา .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน.....เบอร์มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร/ผู้เสนอผู้สมัคร

( )

## เงื่อนไขการรับสมัครผู้สูงวัยสุขภาพดี

1. ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ทะเบียนบ้านอยู่ในเขต กทม.
2. ไม่เป็นผู้ติดสารเสพติดทุกชนิด (ได้แก่ เฮโรอีน ฟีน กัญชา กระท่อม โคลเคน ยาบ้า ยาอี ยาเค)
3. ไม่สูบบุหรี่ หรือสูบซิการ์ หรือสูบยาเส้น
4. ไม่ติดสุรา และไม่ติดการพนัน
5. ไม่มีความพิการจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
6. ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
7. มีค่าดัชนีมวลกายไม่น้อยกว่า 18.5 และไม่เกิน 23

$$\left( \text{การหาค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตร} \times \text{ส่วนสูงเป็นเมตร}} \right)$$

8. ไม่เป็นคณะกรรมการ จัดการประกวดและครอบครัว
9. ไม่เคยได้รับพระราชทานโล่รางวัลการประกวดนี้ ยกเว้นเปลี่ยนกลุ่มอายุการประกวด

### เอกสารที่ต้องใช้ประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เกิน 6 เดือนให้แพทย์ลงนามกำกับ พร้อมเลขทะเบียนประกอบวิชาชีพ
  - 2.1 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และอื่น ๆ (Complete blood count)
  - 2.2 Serum creatinine, SGPT
  - 2.3 Total Cholesterol, HDL, Triglyceride
  - 2.4 FBS
  - 2.5 ปัสสาวะ (Urine analysis)
  - 2.6 คลื่นหัวใจไฟฟ้า (EKG)
  - 2.7 รายงานผลเอ็กซเรย์ปอด (ไม่ต้องนำฟิล์มมา)
3. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 2 รูป (ไม่เกิน 6 เดือนและเขียนชื่อ-นามสกุลหลังรูปถ่ายทุกใบ)
4. ภาพประทับใจ ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน กับครอบครัว กิจกรรมต่าง ๆ จำนวนไม่เกิน 5 ภาพขนาด 4x6 นิ้ว (จัมโบ้) เขียนชื่อ-นามสกุลหลังรูปถ่ายทุกใบ จะคืนให้ภายหลังการประกาศผล แต่จะไม่รับผิดชอบ หากเกิดการสูญหาย

โปรดกรอกข้อมูลและส่งหลักฐานการสมัครให้ครบถ้วน  
มิฉะนั้นจะตัดสิทธิ์ไม่รับพิจารณาการสมัคร  
คำตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่ยุติ