

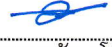
กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่

ที่ 63-L8369-1-11

วันที่ 12 มิถุนายน 2563

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลปะลู่


ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 17,975.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลสุโขทัย มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 17,975.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ ในการรับเงิน โรงพยาบาลสุโขทัย จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก  
( นายฮาซัน ลูไล๊ะ )  
ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 425,234.45 บาท (สี่แสนสองหมื่นห้าพันสองร้อยสามสิบบาทสี่สิบบาทสตางค์)

ลงชื่อ   
( นางชววิชิต สมานธรรมกุล )  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
วันที่ 12 มิ.ย. 2563

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 17,975.00 บาท

ลงชื่อ   
( นางสุนีย์ แป้นเชียร )  
ผู้อำนวยการกองคลัง  
วันที่ 12 มิ.ย. 2563

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลปะลู่ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 17,975.00 บาท

ลงชื่อ   
( นายอุสมาน นาคสง่า )  
ปลัดเทศบาลตำบลปะลู่  
วันที่ 12 มิ.ย. 2563

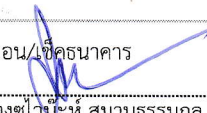
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 17,975.00 บาท

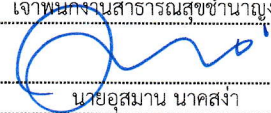
ลงชื่อ   
( นายอุสมาน นาคสง่า )  
วันที่ 12 มิ.ย. 2563

จ่ายเป็น  
△ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัตติ  
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสุโขทัย บัญชีเลขที่ 011552915885 เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ .....

จำนวนเงิน 17,975.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)  
จ่ายให้  
โรงพยาบาลสุโขทัย


ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ  ผู้มีอำนาจลงนาม  
( นางชววิชิต สมานธรรมกุล )  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ  ผู้มีอำนาจลงนาม  
( นายอุสมาน นาคสง่า )  
ปลัดเทศบาลตำบลปะลู่


หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 17,975.00 บาท

ลงชื่อ  ผู้รับเงิน (1)  
( นายอุสมาน นาคสง่า )  
ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลปะลู่

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน (2)  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 17,975.00 บาท

ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน  
( นายอุสมาน นาคสง่า )  
ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลปะลู่

วันที่ 12 มิ.ย. 63

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

บันทึกข้อตกลง  
การขอรับเงินอุดหนุน  
กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่

เลขที่ข้อตกลง  
ที่ทำการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่  
71 ถนนฉัตรวาริน ตำบลปะลู่ อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา 96140  
วันที่ 18 มีนาคม 2563

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ระหว่าง โรงพยาบาลสุโขทัย โดย นายตายูดี ดอละห์ ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ โครงการกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563 เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ โดย นายอุสมาน นาคสง่า ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึกนี้ ซึ่งต่อไปเรียกว่า โครงการ/กิจกรรมตามที กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น 17,975.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) ให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก ประการ

ข้อ 2 การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีการจ่ายให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก. จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 17,975.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

ข. จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดที่ 2 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดสุดท้าย จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานราชการ หน่วยงานนั้นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ของหน่วยงานให้กับกองทุนเพื่อ เป็นหลักฐานในการรับเงิน กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้ผู้แทนหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชนนั้น ลงนามในใบสำคัญรับเงินที่กองทุนจัดทำขึ้นจำนวน ๒ คน และให้แนบสำเนาบัตร ประชาชนของผู้รับเงินแนบใบสำคัญรับเงิน

ข้อ 3 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการ อนุมัติไป หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจาก เหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำ ของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่าย ไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุน โครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่รับเงินไปจากผู้ สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมรวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

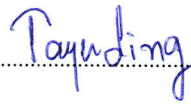


1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติ
2. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงาน ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป
5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินการให้กองทุนตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามที่กองทุนกำหนด

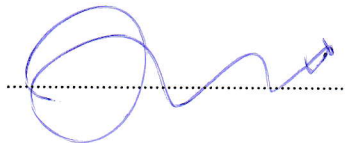
บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน



(นายตายุติง ดอเลาะห์)

โรงพยาบาลสุโขทัย  
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม



(นายอุสมาน นาคสง่า)

ประธานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่  
ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

( ๙๘๙๐ จันทิมา สติริคม )

( พานิชชูอิน สมาน )

กรรมการ

กรรมการ

ที่อยู่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลปะลู่  
71 ถนนรัตนาริน ตำบลปะลู่ อำเภอคูหาสิงห์  
จังหวัดนราธิวาส

วันที่ 06 มี.ค. 2563

เรื่อง ขออนุมัติขยายเวลาในการดำเนินงานโครงการ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลปะลู่

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ppค/เทศบาลตำบลปะลู่  
อำเภอ คูหาสิงห์ จังหวัด นราธิวาส ได้อนุมัติให้ดำเนินโครงการ  
กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563 ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓  
โดยสนับสนุนงบประมาณแก่(หน่วยงาน/กลุ่ม/ชมรม) โรงพยาบาลคูหาสิงห์  
ซึ่งมีผู้รับผิดชอบโครงการประกอบด้วย นายทวยกิง คอเลาะห์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด

มีงบประมาณทั้งสิ้น 17,975.00 บาท รายละเอียดตามข้อกำหนดการดำเนินงาน(TOR)  
เนื่องด้วย (เหตุผลที่ทำให้ขอขยายเวลา) เกิดโรคระบาดโควิด - 19 ดังนั้น เพื่อให้การ  
ดำเนินงานโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยดีและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอขยายเวลาในการดำเนินงาน  
โครงการเป็นระยะเวลา ๓ เดือนโดยจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 30 กันยายน 63  
ซึ่งทางผู้ดำเนินโครงการจะดำเนินการตามแผนงานกิจกรรมที่วางแผนไว้และจะสรุปผลรายงานผลการดำเนินงาน  
ที่เสร็จเรียบร้อยแก่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ต่อไป  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Tuyuding  
(นาย ทวยกิง คอเลาะห์)  
ผู้รับผิดชอบโครงการ

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารกองทุน

ไม่เห็นชอบ

เห็นชอบให้ขยายเวลา จนถึงวันที่ 30 กันยายน 63

( นายฮาซัน ลูโล๊ะ )

เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลปะลู่

# แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

รหัสโครงการ 63-18369-1-08

ชื่อโครงการ/กิจกรรม โครงการกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563

ชื่อกองทุน กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลิว

ประเภทการสนับสนุน

- สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]
- สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)]
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]
- สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]
- สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ

- หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษา
- กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน
- สำนักงานเลขาฯกองทุน

ชื่อองค์กร แผนกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสุไหงปาตี

กลุ่มคน

วันอนุมัติ 29 กุมภาพันธ์ 63

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 11 มีนาคม 2563 ถึง 11 มีนาคม 2563

งบประมาณ จำนวน 17,975.00 บาท

## 1. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก และเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้นในปัจจุบันผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลปะลุมมีจำนวนประชากรหลายรูปแบบ เด็ก เยาวชน วัยรุ่นและผู้สูงอายุซึ่งในจำนวนมากของผู้สูงอายุมีชีวิตประจำวันที่อยู่บ้านไม่ค่อยได้ร่วมสังคม

## 2. สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ปัญหา	ขนาด
1. จำนวนบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล (คน)	1.00

## 3. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 1 ปี
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคในวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น	ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคในวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ70%	0.00
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดได้อย่างถูกวิธีเพิ่มขึ้น	ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดได้ร้อยละ80%	0.00
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถหาวิธีการออกกำลังกายได้ถูกต้อง	ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้วิธีร้อยละ80%	0.00

## 4. วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

### 1. อบรมบรรยาย

#### รายละเอียด

อบรมบรรยายเรื่องโรคในผู้สูงอายุ อบรมบรรยายเรื่องการจัดการความเครียด อบรมบรรยายเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ค่าตอบแทนสมนาคุณวิทยากร 3 ชมX300 บาท เป็นจำนวนเงิน 900 บาท ค่าอาหารกลางวัน70ชุดX50 บาท เป็นจำนวนเงิน 3500 บาท ค่าอาหารว่าง70ชุดX25 บาทX2มือ เป็นจำนวนเงิน 3500 บาท ค่าป้ายโครงการ ขนาด1x2เมตร เป็นจำนวนเงิน 750 ค่าสมุด 70 เล่ม X10 บาท เป็นจำนวนเงิน 700 บาท ค่าปากกา 70 ด้ามx 5 บาท เป็นจำนวนเงิน375บาท

งบประมาณ 9,725.00 บาท

### 2. ปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

#### รายละเอียด

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชม

ค่าตอบแทนสมนาคุณวิทยากร 1 ชม x 300 บาท เป็นจำนวนเงิน 300 บาท วัสดุอุปกรณ์ แผ่นยางยืด จำนวน 35 อัน ราคาหน่วยละ 150 บาท เป็นจำนวนเงิน 5250 บาท

งบประมาณ 5,550.00 บาท



### 3. กิจกรรมแบ่งกลุ่มกายภาพบำบัดดูแลผู้สูงอายุ

#### รายละเอียด

กิจกรรมแบ่งกลุ่ม เป็น 3 ฐาน ฐานที่1 กิจกรรมแบ่งกลุ่มรักษาอาการปวดเข่า ค่าตอบแทนวิทยากร 3 ชมx300 บาท เป็นจำนวนเงิน 900 บาท ฐานที่2 กิจกรรมแบ่งกลุ่มรักษาอาการปวดหลัง ค่าตอบแทนวิทยากร 3 ชมx300 บาท เป็นจำนวนเงิน 900 บาท ฐานที่3 กิจกรรมแบ่งกลุ่มการจัดการความเครียด ค่าตอบแทนวิทยากร 3 ชมx300 บาท เป็นจำนวนเงิน 900 บาท

งบประมาณ 2,700.00 บาท

### 5. งบประมาณ

งบประมาณโครงการ 17,975.00 บาท

### 6. ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 11 มีนาคม 2563 ถึง 11 มีนาคม 2563

### 7. สถานที่ดำเนินการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย

### 8. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปลู้ง จำนวน 17,975.00 บาท รายละเอียดดังในวิธีดำเนินการ/กิจกรรม ด้านบน

### 9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคในวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
- 2.ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดได้อย่างถูกวิธีเพิ่มขึ้น
- 3.ผู้สูงอายุสามารถหาวิธีการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

### 10. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

#### 10.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร แผนกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสุโขทัย

#### ประเภทหน่วยงาน

- 10.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 10.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 10.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 10.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 10.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน
- 10.1.6 สำนักงานเลขาฯกองทุน

10.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

10.4.4.9 อื่นๆ

ระบุ

#### 10.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

10.4.5.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.5.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.5.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.5.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

10.4.5.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

10.4.5.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

10.4.5.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

10.4.5.8 อื่นๆ

ระบุ

#### 10.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

10.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

10.4.6.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

10.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

10.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

10.4.6.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็ง

10.4.6.9 อื่นๆ

ระบุ

#### 10.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

10.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้



- 10.4.7.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 10.4.7.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 10.4.7.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 10.4.7.8 อื่นๆ

ระบุ

#### 10.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- 10.4.8.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.8.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.8.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.8.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรมให้ความรู้
- 10.4.8.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 10.4.8.6 อื่นๆ

ระบุ

#### 10.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

- 10.4.9.1 อื่นๆ

ระบุ

ลงชื่อ ..... *Taynding* ..... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
(*ทัญกือ จอเลาเน่*)  
ตำแหน่ง ..... *นักพัฒนาชุมชน* .....  
วันที่-เดือน-พ.ศ. *30 มกราคม 2563*