

## แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

1. มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่แพทย์ออกให้ภายในระยะเวลา 1 ปี
2. ยินดีให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก (ข้อมูลของท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน)

ข้อมูลส่วนตัว											
1.	ชื่อ.....นามสกุล.....										
2.	อายุ.....ปี										
3.	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง										
4.	เบอร์โทรติดต่อ (ควรเป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่) .....										
5.	e-mail: ..... Line ID:..... (ถ้ามีข้อมูล)										
6.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">ที่อยู่ปัจจุบัน</td> <td style="border: none;">เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน.....</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">ถนน..... แขวง/ตำบล.....</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">รหัสไปรษณีย์.....</td> </tr> </table>	ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน.....		หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....		ถนน..... แขวง/ตำบล.....		เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....		รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน.....										
	หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....										
	ถนน..... แขวง/ตำบล.....										
	เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....										
	รหัสไปรษณีย์.....										
7.	ท่านเป็นโรคพาร์กินสันหรือไม่ <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น										
	ท่านเป็นโรคพาร์กินสันมาแล้วกี่ปี <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 2 ปี <input type="checkbox"/> 2-5 ปี <input type="checkbox"/> 5-10 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 10 ปี										
8.	โรงพยาบาลที่ท่านรับการรักษาโรคพาร์กินสันในปัจจุบัน .....										