หมอพื้นบ้าน

# แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 5 / 2562

ผู้บันทึก นส.สิริพันธ์ จิตตะกาศร

วันที่ 9 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 2 3 0 4 0 0 0 0 5 0 3 5

ชื่อ นางสำนาญ สกุล ชูศักดิ์

วัน/เดือน/ปีเกิด 14 ก.พ. 2509 อายุ 60 ปี

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ 43 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 4 ถนน

ตำบล/แขวง ดอนทราย อำเภอ/เขต บ้านโพธิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 0 0 0 โทรศัพท์ 0823646549 โทรสาร -

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ 43 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 4 ถนน

ตำบล/แขวง ดอนทราย อำเภอ/เขต บ้านโพธิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 0 0 0 โทรศัพท์ 0823646549 โทรสาร -

**ข้อมูลทั่วไป**

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
- ☐ ระดับประถมศึกษา
- ☑ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ☐ ระดับปริญญาตรี
- ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

- ☑ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- ☐ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ☐ รับจ้าง
- ☑ อื่นๆ โปรดระบุ..... อิสระ

ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ

- ☐ ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- ☐ มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

สาขาการแพทย์แผนไทย

- ☐ ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทผดุงครรภ์แผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ อื่นๆ..... เลขที่ .....

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ☐ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป. .....

ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง

- ☑ กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- ☐ กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- ☐ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์



Scanned by CamScanner

## ข้อมูลเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้าน *

**1. ประเภทหมอพื้นบ้าน**

ท่านเป็นหมอพื้นบ้านสาขาใดดังต่อไปนี้ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- [x] หมอพิธีกรรม เช่น ไล่ผี แก้คุณไสย น้ำมนต์/คาถา ทำพิธีกรรม สะเดาะเคราะห์สู่ขวัญ
- [x] หมอยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ
- [ ] หมอนวด ประคบสมุนไพร
- [ ] หมอตำแย
- [ ] หมอรักษากระดูกหัก
- [ ] อื่นๆ โปรดระบุ .....

**2. องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย / การแพทย์พื้นบ้าน**

2.1 ท่านได้รับความรู้หรือได้ศึกษาความรู้ด้านการแพทย์แผนโบราณ/แผนไทยจากใครบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- [x] บรรพบุรุษ (ปู่)
- [x] บุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์
- [ ] โรงเรียน หรือสถาบันที่เปิดสอน
- [ ] ศึกษาเองจากตำรา
- [ ] ศึกษาค้นคว้าเองจากประสบการณ์
- [ ] อื่น ๆ ระบุ .....

2.2 ท่านใช้เวลาในการศึกษาความรู้ **(ตาม ข้อ 2.1 )** เป็นเวลาประมาณ.....ปี

2.3 ปัจจุบันท่านมีบทบาทในการประกอบกิจกรรมในฐานะของหมอพื้นบ้านอย่างไรบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- [x] ทำการรักษา ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐
- [x] เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ (เป็นครูสอน) ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๐
- [ ] เป็นผู้ผลิตยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ ตั้งแต่ พ.ศ. .....
- [ ] เป็นผู้จำหน่ายยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ ตั้งแต่ พ.ศ. .....

**3. สถานประกอบการ**

- [x] ที่บ้าน
- [ ] วัด/สำนักสงฆ์
- [ ] สถานพยาบาล/สถานประกอบการ(ร้าน โรงงาน ฯลฯ)
- [ ] ชมรม/สมาคม
- [ ] อื่นๆ โปรดระบุ.....

**4. ชื่อและที่อยู่สถานประกอบการ**

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่ ๔๓ ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่ ๔ ถนน.....

ตำบล/แขวง ดอนชาด อำเภอ/เขต บ้านโพธิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 0 0 0 โทรศัพท์ ๐๘ ๒๖๔ ๖๕๙ โทรสาร.....



Scanned by CamScanner

**5. ในการประกอบกิจกรรมของหมอพื้นบ้าน ท่านใช้วัตถุดิบสมุนไพรมาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- [x] ปลูกเองในบ้าน ในสวนสมุนไพร
- [ ] เก็บจากในป่า
- [ ] อื่นๆ โปรดระบุ .....
- [x] เก็บในหมู่บ้าน / ในชุมชน
- [ ] ซื้อจากร้านขายยาสมุนไพร

**6. ความชำนาญโรค**

ท่านมีความชำนาญในการรักษาโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนโบราณ / แผนไทยในโรคใดบ้าง

โดยให้เรียงลำดับจากโรคที่ชำนาญมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

1) เริม
2) งูสวัดมาหมา
3) งูสวัด
4) ภาคยก ฟกช้ำ หัวฟกช้ำบวม
5) ไฟลามทุ่ง
6) ตับพิษ แช่น งู แมงมีพิษ
7) เรียกขวัญเด็ก
8) .....
9) .....
10) .....

**7. ข้อเสนอแนะ**

เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน

อยากให้การรักษาทางแพทย์พื้นบ้านได้คงอยู่ไป

**หมายเหตุ**

*หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่า 10 คน หรือเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



Scanned by CamScanner

นักวิชาการ

# แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 2 / 2562

ผู้บันทึก นส.สิริพิชญ์ จิตภาภูร

วันที่ 3 เดือน ๒๑. พ.ศ 2562

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 1 2 4 9 9 0 9 0 0 9 5 5 1

ชื่อ นส.ดี สกุล วงศ์ไพบูลย์

วัน/เดือน/ปีเกิด ๒๗ ธค ๒๕๓๘ อายุ 24 ปี

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ 146 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 12 ถนน

ตำบล/แขวง บ้านธาตุ อำเภอ/เขต เมืองสารคาม จังหวัด มหาสารคาม

รหัสไปรษณีย์ 4 4 1 2 0 โทรศัพท์ 0844658200 โทรสาร -

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ 146 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 12 ถนน

ตำบล/แขวง บ้านธาตุ อำเภอ/เขต เมืองสารคาม จังหวัด มหาสารคาม

รหัสไปรษณีย์ 4 4 1 2 0 โทรศัพท์ 0844658200 โทรสาร

**ข้อมูลทั่วไป**

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
- ☐ ระดับประถมศึกษา
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ☑ ระดับปริญญาตรี
- ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

**อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง**

- ☐ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- ☐ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ☐ รับจ้าง
- ☑ อื่นๆ โปรดระบุ..... ผู้ดูแลร้านขายยาแผนไทย

**ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ**

- ☑ ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- ☐ มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

**สาขาการแพทย์แผนไทย**

- ☐ ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทผดุงครรภ์แผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ อื่นๆ..... เลขที่ .....

**สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์**

- ☐ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป. .....

**ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง**

- ☐ กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- ☐ กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- ☐ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- ☑ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์



Scanned by CamScanner

## ข้อมูลเฉพาะกลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย **

**1. ข้อมูลการทำงาน**

- [x] 1. หน่วยงานของภาครัฐ
- [ ] 2. หน่วยงานเอกชน
- [ ] 3. นักวิชาการอิสระ

**2. ประวัติการศึกษา**

2.1 วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาตอน-ปลาย สถาบัน รร. ปราจีนราษฎร์อำรุง
วิชาเอก วิทย์-คณิต ปีที่เริ่มศึกษา 2551 ปีที่จบการศึกษา 2556
2.2 วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี สถาบัน วิทยาลัยเทคโนโลยีการแพทย์แผนไทยและการสาธารณสุขนานาชาติ
วิชาเอก แพทย์แผนไทย ปีที่เริ่มศึกษา 2557 ปีที่จบการศึกษา 2560
2.3 วุฒิการศึกษา ..... สถาบัน .....
วิชาเอก ..... ปีที่เริ่มศึกษา ..... ปีที่จบการศึกษา .....
2.4 วุฒิการศึกษา ..... สถาบัน .....
วิชาเอก ..... ปีที่เริ่มศึกษา ..... ปีที่จบการศึกษา .....
2.5 วุฒิการศึกษา ..... สถาบัน .....
วิชาเอก ..... ปีที่เริ่มศึกษา ..... ปีที่จบการศึกษา .....
2.6 วุฒิการศึกษา ..... สถาบัน .....
วิชาเอก ..... ปีที่เริ่มศึกษา ..... ปีที่จบการศึกษา .....

**3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน**

ชื่อสถานที่ทำงาน รพ.พนมสารคาม เลขที่ 62 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย .....
หมู่ที่ 3 ตำบล/แขวง พนมสารคาม อำเภอ/เขต พนมสารคาม จังหวัด ฉะเชิงเทรา
รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 2 0 โทรศัพท์ 0844658280 โทรสาร -

**4. ประวัติการทำงาน**

4.1 สถานที่ทำงาน รพ.พนมสารคาม
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย อายุงาน 2 ปี
4.2 สถานที่ทำงาน .....
ตำแหน่ง ..... อายุงาน ..... ปี
4.3 สถานที่ทำงาน .....
ตำแหน่ง ..... อายุงาน ..... ปี



Scanned by CamScanner

**5. ประเภทของผลงานวิชาการ**

**5.1 ความชำนาญและความเชี่ยวชาญพิเศษ**

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

**5.2 ผลงานวิชาการหรือ งานวิจัย** **ปีที่ศึกษา**

1. การศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านการรักษาทางสังคม ..... ๒๕๕๐
2. ๐. นครชัยศรี และ ๐. ศรีเทพแสน ๐.นครปฐม : ..... .....
3. การศึกษา หมอหล่อ ฉันทวิจิตรการกุล หมอพื้นบ้าน ..... .....
4. อาจารย์ แสง หมอสิงห์ ศรีอินทร์อินทร์ ..... .....

**6. ข้อเสนอแนะ**

**เกี่ยวกับนักวิชาการแพทย์แผนไทย**

.....
.....
.....
.....
.....

**หมายเหตุ**

.....
.....
.....
.....
.....

**นักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย หรือมีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่เผยแพร่ต่อสาธารณชนหรือได้รับการยกย่องจากสาธารณชนว่ามีความรู้ / ความชำนาญและเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร



Scanned by CamScanner

ถอดกรอกกรุ

# แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 8 / 2562

ผู้บันทึก นส.สิริพันธ์ จิตตางกูร

วันที่ 4 เดือน มค พ.ศ. 2562

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 2 4 3 7 0 0 0 7 2 7 1 6

ชื่อ นางจิตาวีร์กานต์ สกุล มนสิทธิ์

วัน/เดือน/ปีเกิด 4 มค 2499 อายุ 61 ปี

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ 90 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 9 ถนน

ตำบล/แขวง เมืองใหม่ อำเภอ/เขต รายสาลัน จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 2 0 โทรศัพท์ 08 1094 9349 โทรสาร -

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ 90 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 9 ถนน

ตำบล/แขวง เมืองใหม่ อำเภอ/เขต รายสาลัน จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 2 0 โทรศัพท์ 0810949349 โทรสาร -

**ข้อมูลทั่วไป**

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ☑ ระดับประถมศึกษา ป.4
- ☐ ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ☐ ระดับปริญญาตรี

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

- ☑ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- ☐ รับจ้าง
- ☐ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- ☑ อื่นๆ โปรดระบุ ปลูกผัก ตกปลา สวน มวยสากมวย รถจี๊ป ต้นน้ำ
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

**ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ**

- ☐ ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- ☐ มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

**สาขาการแพทย์แผนไทย**

- ☐ ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทผดุงครรภ์แผนไทย เลขที่ .....
- ☐ อื่นๆ..... เลขที่ .....
- ☐ ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ .....

**สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์**

- ☐ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป. .....

**ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง**

- ☐ กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- ☐ กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ☑ กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- ☐ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์



Scanned by CamScanner

## ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย ***

**1. ข้อมูลขององค์การ**

ชื่อองค์การ(กลุ่ม,ชมรม,สมาคม,มูลนิธิ).....ชุมชนเรียนรู้ตำบลบ้านกิ่ง พอเพียง.....

**2. สถานะขององค์การ**

- ☐ นิติบุคคล ทะเบียนเลขที่.....
- ☐ บุคคลธรรมดา
- ☑ กลุ่ม/ชมรม

**3. สถานที่ทำการ**

บ้านเลขที่.....๑๐.....ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่...๑...ถนน.....

ตำบล/แขวง...แม่ทาใหม่...อำเภอ/เขต...วังสะพุง...จังหวัด...เลย...

รหัสไปรษณีย์ ๔ ๑ ๒ ๑ ๐ โทรศัพท์ ๐๘๑๐๙๔๙๓๔๙ โทรสาร -

**4. บทบาทขององค์การในการดำเนินกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ☐ 1. ด้านการรักษาหรือการบริการ ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี
- ☐ 2. ด้านการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี
- ☑ 3. ด้านการถ่ายทอดความรู้ ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา...20...ปี
- ☐ 4. ด้านการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี
- ☐ 5. ด้านการผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี
- ☐ 6. ด้านอื่น ๆ โปรดระบุ..... ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี

**5. ผลงานขององค์การเอกชนพัฒนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย**

ผลงานที่ดำเนินการแล้วประสบผลสำเร็จ

1.ชื่อผลงาน .....ให้ความรู้ด้านสมุนไพร.....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

2.ชื่อผลงาน .....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

3.ชื่อผลงาน .....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

4.ชื่อผลงาน .....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

5.ชื่อผลงาน .....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

**6. ข้อเสนอแนะ**

เกี่ยวกับองค์การเอกชนพัฒนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

.....

***ผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนา หมายถึง เป็นผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทยที่ไม่แสวงหากำไร หรือผู้แทนองค์การที่ได้รับการรับรองจากนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด หรือได้รับการรับรองจากองค์การเอกชนพัฒนาดังกล่าวอย่างน้อย 2 องค์การ และมีกิจกรรมต่อเนื่องในด้านการแพทย์แผนไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี มีสถานที่ตั้งที่ทำการที่ชัดเจน



Scanned by CamScanner

ผู้มอก.

# แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 4 / 2562

ผู้บันทึก นร.33 ฟันธ์ จิตตานุรัง

วันที่ 4 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 2562

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 2 4 3 7 0 0 0 7 2 9 1 6

ชื่อ นางชิตวิรัน สกุล มหาวิทย์

วัน/เดือน/ปีเกิด 4 มิ.ย. 2499 อายุ 61 ปี

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ 90 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 9 ถนน

ตำบล/แขวง เชียงใหม่ อำเภอ/เขต รัตนาลัน จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 2 0 โทรศัพท์ 081094 9347 โทรสาร -

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ 90 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 9 ถนน

ตำบล/แขวง เชียงใหม่ อำเภอ/เขต ภลาลัน จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 2 0 โทรศัพท์ 0810949347 โทรสาร -

**ข้อมูลทั่วไป**

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
- ☑ ระดับประถมศึกษา ป.4
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ☐ ระดับปริญญาตรี
- ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

**อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง**

- ☑ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- ☐ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ☐ รับจ้าง
- ☑ อื่นๆ โปรดระบุ ปลูกข่า กวาดร กลับย มะนาวจ่อน รวจัด จำหน่าย

**ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ**

- ☐ ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- ☐ มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

**สาขาการแพทย์แผนไทย**

- ☐ ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทผดุงครรภ์แผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ อื่นๆ..... เลขที่ .....

**สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์**

- ☐ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป. .....

**ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง**

- ☐ กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- ☐ กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย
- ☑ กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- ☐ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์



Scanned by CamScanner

## ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร****

**1. ข้อมูลสถานประกอบการ**

1.1 สถานะของผู้ประกอบการ

ชื่อองค์การ(กลุ่ม,ชมรม,สมาคม,มูลนิธิ).....

☐ นิติบุคคล ทะเบียนเลขที่.....

☑ บุคคลธรรมดา

☐ กลุ่ม/ชมรม

1.2 สถานที่ทำการ

เลขที่ 90 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่ 9 ถนน.....

ตำบล/แขวง เมืองใหม่ อำเภอ/เขต รัตนวาปี จังหวัด นะเฮาเหรา

รหัสไปรษณีย์ 9 4 1 2 0 โทรศัพท์ 0870949347 โทรสาร -

1.3 กิจกรรมและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับสมุนไพร

☑ ด้านการปลูกสมุนไพรตั้งแต่ ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา 3 ปี

☐ ด้านการแปรรูปสมุนไพรตั้งแต่ ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี

**2. ผลผลิตที่ได้จากการปลูกสมุนไพร**

จำนวนสมุนไพรที่ปลูกรวม 5 ชนิด ระบุ

1. ชื่อสมุนไพร กะเพรา ปริมาณ 3ไร่ (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
2. ชื่อสมุนไพร ข่า ปริมาณ 3ไร่ (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
3. ชื่อสมุนไพร กล้วย ปริมาณ 1งาน (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
4. ชื่อสมุนไพร รางจืด ปริมาณ 1งาน (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
5. ชื่อสมุนไพร ตะไคร้บ้าน ปริมาณ 1งาน (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
6. ชื่อสมุนไพร..... ปริมาณ..... (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
7. ชื่อสมุนไพร..... ปริมาณ..... (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
8. ชื่อสมุนไพร..... ปริมาณ..... (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
9. ชื่อสมุนไพร..... ปริมาณ..... (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี
10. ชื่อสมุนไพร..... ปริมาณ..... (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี

**3. ผลผลิตที่ได้จากการแปรรูปสมุนไพร**

จำนวนสมุนไพรที่แปรรูปรวม - ชนิด ระบุ

1.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

2.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

3.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

4.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี



Scanned by CamScanner

5.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

6.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

7.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

8.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

9.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

10.ชื่อสมุนไพร..... การแปรรูป☐ สด ☐ แห้ง ☐ ผง ☐ น้ำมัน ☐ อื่นๆ.....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร) /ปี

**4. งบประมาณการดำเนินกิจกรรม** (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

งบประมาณที่ใช้ทั้งหมด.....บาท

☐ เงินทุนส่วนบุคคล.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ เงินลงทุนของสมาชิกกลุ่ม/องค์การ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ สถาบันการเงิน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ ส่วนราชการให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ องค์การพัฒนาเอกชนให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ องค์การต่างประเทศให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ อื่นๆ ระบุ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ

**5. ข้อเสนอแนะ**

เกี่ยวกับการปลูกหรือการแปรรูปสมุนไพร

.....
.....
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ

.....เอาสมุนไพรไปขาย(10) ที่ อ.พนมสารคาม.....
.....
.....
.....

****ผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร หมายถึง เป็นผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรที่มีสถานที่ตั้งทำการที่ชัดเจนและเป็นกิจการของคนไทยที่มีการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี



Scanned by CamScanner

ผู้ผลิต

# แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 1 / 2562

ผู้บันทึก น.ส.ลิขิต จิตตกฤษ

วันที่ 2 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 2562

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 5 7 0 5 0 0 3 8 6 1 5 4

ชื่อ นางสาว สกุล สงาม

วัน/เดือน/ปีเกิด 17/7/2500 อายุ 62 ปี

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ 3 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย - หมู่ที่ - ถนน -

ตำบล/แขวง หนองมือ อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 0 0 0 โทรศัพท์ 0816418619 โทรสาร -

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ 3 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย - หมู่ที่ - ถนน -

ตำบล/แขวง หนองมือ อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 0 0 0 โทรศัพท์ 0816418619 โทรสาร -

**ข้อมูลทั่วไป**

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
- ☐ ระดับประถมศึกษา
- ☑ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ม.3
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ☐ ระดับปริญญาตรี
- ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

**อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง**

- ☐ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- ☑ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ☐ รับจ้าง
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

**ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ**

- ☐ ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- ☐ มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

**สาขาการแพทย์แผนไทย**

- ☐ ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทผดุงครรภ์แผนไทย เลขที่ .....
- ☐ ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ .....
- ☐ อื่นๆ..... เลขที่ .....

**สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์**

- ☐ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป. .....

**ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง**

- ☐ กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- ☐ กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- ☑ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์



Scanned by CamScanner

## ข้อมูลเฉพาะ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย*****

**1. ข้อมูลสถานประกอบการ**

1.1สถานะของผู้ประกอบการ

ชื่อองค์การ(กลุ่ม,ชมรม,สมาคม,มูลนิธิ).....ร้านวิจันโอสถ.....

☐ นิติบุคคล ทะเบียนเลขที่.....

☑ บุคคลธรรมดา

☐ กลุ่ม/ชมรม

1.2 สถานที่ทำการ

เลขที่.....3.....ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....หน้าเมือง.....อำเภอ/เขต.....เมือง.....จังหวัด.....ยะลา.....

รหัสไปรษณีย์ 9 5 0 0 0 โทรศัพท์.....0816418619.....โทรสาร.....-.....

1.3 กิจกรรมที่ดำเนินการเกี่ยวกับสมุนไพร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ การผลิตยาสมุนไพร / ยาแผนไทย

☑ การจำหน่ายยาสมุนไพร /ยาแผนไทย ในประเทศ

☐ การจำหน่ายยาสมุนไพร /ยาแผนไทย ส่งออกต่างประเทศ

1.4 กิจกรรม ระยะเวลาและประสบการณ์ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับสมุนไพร

☐ ด้านการผลิต ตั้งแต่ พ.ศ. .....รวมเวลา.....ปี

☑ ด้านการจำหน่าย ตั้งแต่ พ.ศ. .....2552.....รวมเวลา.....9.....ปี

**2. การผลิตยาสมุนไพร/ยาแผนไทย**

จำนวนยาสมุนไพร/ยาแผนไทยที่ผลิตรวมทั้งหมด.....-.....ชนิด ระบุ

1.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล

☐ ตอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

2.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล

☐ ตอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

3.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล

☐ ตอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

4.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล

☐ ตอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

5.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล

☐ ตอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี



Scanned by CamScanner

6.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

7.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

8.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

9.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

10.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

**3. การจำหน่ายยาสมุนไพร/ยาแผนไทย**

จำนวนยาสมุนไพร/ยาแผนไทยที่จำหน่ายรวมทั้งหมด.....ชนิด ระบุ

1.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☑ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี

2.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☑ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี

3.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☑ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี

4.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☑ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 200 (ก.ก/ลิตร)/ปี

5.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☑ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี

6.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☑ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี



Scanned by CamScanner

7.ชื่อยาสมุนไพร ขมิ้นชัน มะขามป้อม รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☑ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ 20 (ก.ก/ลิตร)/ปี

8.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

9.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

10.ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ☐ ผง ☐ ชาชง ☐ เจล ☐ แคปซูล
☐ ดอกเม็ด ☐ เม็ดลูกกลอน ☐ น้ำมัน ☐ ครีม ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

**4. งบประมาณการดำเนินกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

งบประมาณที่ใช้ทั้งหมด 50,000 บาท

☑ เงินทุนส่วนบุคคล 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 100 ของงบประมาณ
☐ เงินลงทุนของสมาชิกกลุ่ม/องค์การ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ สถาบันการเงิน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ ส่วนราชการให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ องค์การพัฒนาเอกชนให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ องค์การต่างประเทศให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
☐ อื่นๆ ระบุ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ

**5. ข้อเสนอแนะ**

เกี่ยวกับการผลิตหรือการจำหน่ายยาแผนไทย

.....
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ

.....
.....
.....
.....

•••••ผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายยาแผนไทย หมายถึง เป็นผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่มีสถานที่ตั้งทำการที่จัดเจน และมีการผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

•••••ยาแผนไทย หมายถึง ยาที่ได้รับจากสมุนไพร โดยตรงหรือที่ได้จากการผสม ปรุงหรือแปรสภาพสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา



Scanned by CamScanner

ผู้ประกอบโรคศิลปะ

# แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 2 / 2562

ผู้บันทึก น.ส.อัมพร จิตตาคุณ

วันที่ 2 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 2562

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 2 4 9 9 0 0 3 8 6 1 5 0

ชื่อ นาง พร สกุล สร้อย

วัน/เดือน/ปีเกิด 1 กพ 2530 อายุ 32 ปี

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ 1 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 2 ถนน

ตำบล/แขวง บางปลาก อำเภอ/เขต บางปลาก จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 3 0 โทรศัพท์ 0810902839 โทรสาร -

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ 1 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 2 ถนน

ตำบล/แขวง บางปลาก อำเภอ/เขต บางปลาก จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 3 0 โทรศัพท์ 0810902839 โทรสาร -

**ข้อมูลทั่วไป**

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
- ☐ ระดับประถมศึกษา
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ☑ ระดับปริญญาตรี
- ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ☑ อื่นๆ โปรดระบุ พยาบาลวิชาชีพ

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

- ☐ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- ☐ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ☐ รับจ้าง
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ

- ☐ ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- ☐ มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

สาขาการแพทย์แผนไทย

- ☑ ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ พท.ว. 10992
- ☑ ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่ พท.ภ. 18391
- ☐ ประเภทผดุงครรภ์แผนไทย เลขที่ พท.ผ.
- ☐ ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ พท.น. 1054
- ☐ อื่นๆ 1223 เลขที่

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ☐ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป.

**ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง**

- ☐ กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- ☐ กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย
- ☐ กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- ☐ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- ☑ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์



Scanned by CamScanner

## ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์******

**1. องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์**

1.1 ท่านได้รับความรู้หรือได้ศึกษาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์จากใครบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ☐ บรรพบุรุษ
- ☑ โรงเรียน หรือสถาบันที่เปิดสอน
- ☐ ศึกษาค้นคว้าเองจากประสบการณ์
- ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
- ☑ บุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์
- ☐ ศึกษาเองจากตำรา

1.2 ท่านใช้เวลาในการศึกษาความรู้ **(ตาม ข้อ 1)** เป็นเวลาประมาณ 4 ปี

1.3 ปัจจุบันท่านมีบทบาทในการประกอบกิจกรรมในฐานะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แพทย์ไทย /สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างไรบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ☑ ทำการรักษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2558
- ☐ เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ (เป็นครูสอน) ตั้งแต่ พ.ศ. .....
- ☐ เป็นผู้ผลิตยาสมุนไพร/ยาแผนไทย ตั้งแต่ พ.ศ. .....
- ☐ เป็นผู้จำหน่ายยาสมุนไพร/ยาแผนไทย ตั้งแต่ พ.ศ. .....

**2. สถานประกอบการ**

- ☐ ที่บ้าน
- ☑ สถานพยาบาล/สถานประกอบการ(ร้าน โรงงาน ฯลฯ)
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
- ☐ วัด/สำนักสงฆ์
- ☐ ชมรม/สมาคม

**3. ชื่อและที่อยู่สถานประกอบการ**

ชื่อสถานประกอบการ รพ.บางปะกง

เลขที่ 142 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย..... หมู่ที่ 13 ตำบล/แขวง บางปะกง

อำเภอ/เขต บางปะกง จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 3 0 โทรศัพท์ 038 511444 โทรสาร -

**4. ในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ท่านหาวัตถุดิบสมุนไพรมาจากแหล่งใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ☐ ปลูกเองในบ้าน ในสวนสมุนไพร
- ☐ เก็บจากในป่า
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ .....
- ☑ เก็บในหมู่บ้าน / ในชุมชน
- ☑ ซื้อจากร้านขายยาสมุนไพร

**5. ความชำนาญโรค**

ท่านมีความชำนาญในการรักษาโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรคใดบ้าง โดยเรียงลำดับจากโรคที่ชำนาญมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) โรคทางระบบกล้ามเนื้อ 2) โรคทางกายภาพบำบัดเบื้องต้น (โรคลม)

3)..... 4).....

5)..... 6).....

7)..... 8).....

9)..... 10).....



Scanned by CamScanner

**6. ข้อเสนอแนะ**

เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

******ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมายความว่า บุคคล ซึ่ง ได้ขึ้นทะเบียน และ รับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ จาก คณะกรรมการวิชาชีพ



Scanned by CamScanner