

แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 5 / 2562

ผู้บันทึก น.ส. พินิต จิตตมาธูร

วันที่ 7 เดือน ๒๕ พ.ศ. 2562

ข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 2 ๓ ๐ 4 ๐ ๐ ๐ ๕ ๐ 3 5

ชื่อ นามสกุล อรุณ สกุล อรุณ

วัน/เดือน/ปีเกิด 14 ก.พ. ๒5๐9 อายุ 60 ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ 43 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 4 ถนน

ตำบล/แขวง อ.เมือง อำเภอ/เขต บ้านโพธิ์ จังหวัด ชลบุรี

รหัสไปรษณีย์ 2 4 ๐ ๐ ๐ โทรศัพท์ ๐๘ 2 ๓ 64 65 49 โทรสาร -

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เลขที่ 43 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 4 ถนน

ตำบล/แขวง อ.เมือง อำเภอ/เขต บ้านโพธิ์ จังหวัด ชลบุรี

รหัสไปรษณีย์ 2 4 ๐ ๐ ๐ โทรศัพท์ ๐๘ 2 ๓ 64 65 49 โทรสาร -

ข้อมูลทั่วไป

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ไม่ได้รับการศึกษา
- ระดับประถมศึกษา
- ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ๓.๗ - ๓.3
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ระดับอนุปริญญาและ ปวศ.
- ระดับปริญญาตรี
- สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

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

ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ

- ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

สาขาการแพทย์แผนไทย

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

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป.

ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง

- กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

ข้อมูลเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้าน *

1. ประเภทหมอพื้นบ้าน

ท่านเป็นหมอพื้นบ้านสาขาใดดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หมอพิธีกรรม เช่น ไล่ผี แก้อวม ไสย น้ำมันต์/คาถา ทำพิธีกรรม สะเดาะเคราะห์สู่ขวัญ
- หมอยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ
- หมอนวด ประคบสมุนไพร
- หมอตำแย
- หมอรักษากระดูกหัก
- อื่นๆ โปรดระบุ

2. องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย / การแพทย์พื้นบ้าน

2.1 ท่านได้รับความรู้หรือได้ศึกษาความรู้ด้านการแพทย์แผนโบราณ/แผนไทยจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บรรพบุรุษ (ปู่) 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)

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

3. สถานที่ประกอบกร

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

4. ชื่อและที่อยู่สถานประกอบการ

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่ 43 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย..... หมู่ที่ 4 ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ 2 4 0 0 0 โทรศัพท์ ๐๔ ๒๖๖ ๖๕๔๗ โทรสาร.....

5. ในการประกอบกิจกรรมของหมอพื้นบ้าน ท่านใช้วัตถุดิบสมุนไพรมาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ปลุกเองในบ้าน ในสวนสมุนไพร | <input checked="" type="checkbox"/> เก็บในหมู่บ้าน / ในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> เก็บจากในป่า | <input type="checkbox"/> ซื้อจากร้านขายยาสมุนไพร |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ | |

6. ความชำนาญโรค

ท่านมีความชำนาญในการรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนโบราณ / แผนไทยในโรคใดบ้าง

โดยให้เรียงลำดับจากโรคที่ชำนาญมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1)..... ไข้ | 2)..... ไข้มาลาเรีย |
| 3)..... ไข้หวัด | 4)..... ริดสีดวง ฝีฝี ฝีฝี |
| 5)..... ไข้มาลาเรีย | 6)..... ตับน้ำ 66๒ อู แมลงสาบ |
| 7)..... ไข้หวัดใหญ่ | 8)..... |
| 9)..... | 10)..... |

7. ข้อเสนอแนะ

เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน

..... ควรรักษาคนแพทย์พื้นบ้านไว้ต่อไป

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

*หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
 ตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบต่อกันมาตาม เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่า 10 คน หรือเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองจากองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลเฉพาะกลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย **

1. ข้อมูลการทำงาน

1. หน่วยงานของภาครัฐ
 2. หน่วยงานเอกชน
 3. นักวิชาการอิสระ

2. ประวัติการศึกษา

- 2.1 วุฒิการศึกษา มีชัย สักกะตัน - ปริญญาตรี สถาบัน ร.ร. ปรางค์กษัตริย์ อีกร
 วิชาเอก วิทย์-คณิต ปีที่เริ่มศึกษา 2551 ปีที่จบการศึกษา 2556
- 2.2 วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี สถาบัน วิทยาลัยเทคโนโลยีพระมหาไถ่ และ วิทยาลัยพยาบาลกาญจนาภิเษก
 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 08 44658290 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

ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้แทนองค์กรเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย ***

1. ข้อมูลขององค์กร

ชื่อองค์กร(กลุ่ม,ชมรม,สมาคม,มูลนิธิ)..... ศูนย์เรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพพอเพียง

2. สถานะขององค์กร

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

3. สถานที่ทำการ

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

ตำบล/แขวง..... บ้านใหม่ อำเภอ/เขต..... ศรีนครินทร์ จังหวัด..... ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... 0810949349 โทรสาร..... -

4. บทบาทขององค์กรในการดำเนินกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทย (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. ผลงานขององค์กรเอกชนพัฒนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ผลงานที่ดำเนินการแล้วประสบความสำเร็จ

1.ชื่อผลงาน..... ในหลวงรัฐอินทนิล ๖5

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

2.ชื่อผลงาน.....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

3.ชื่อผลงาน.....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

4.ชื่อผลงาน.....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

5.ชื่อผลงาน.....

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก.....

6. ข้อเสนอแนะ

เกี่ยวกับองค์กรเอกชนพัฒนาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

***ผู้แทนองค์กรเอกชนพัฒนา หมายถึง เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนพัฒนาที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทยที่ไม่แสวงหากำไร หรือผู้แทนองค์กรที่ได้รับการรับรองจากนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด หรือได้รับการรับรองจากองค์กรเอกชนพัฒนาดังกล่าวอย่างน้อย 2 องค์กร และมีกิจกรรมต่อเนื่องในด้านการแพทย์แผนไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี มีสถานที่ตั้งที่ทำการที่ชัดเจน

แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 4 / 2562
ผู้บันทึก ดร. ธีรวิทย์ ธีรธรรม
วันที่ 4 เดือน ๗ พ.ศ. 2562

ข้อมูลส่วนบุคคล

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

ชื่อ นามสกุล นามสกุล นามสกุล

วัน/เดือน/ปีเกิด 4 ๕๑ ๒๕ ๙๙ อายุ ๖1 ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ ๑๐ ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ ๑ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ ๕ 4 1 2 0 โทรศัพท์ ๐๘ 1๐ ๙๔ ๙๓๔๗ โทรสาร -

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เลขที่ ๑๐ ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ ๑ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ ๕ 4 1 2 0 โทรศัพท์ ๐๘ 1๐ ๙๔ ๙๓๔๗ โทรสาร -

ข้อมูลทั่วไป

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ไม่ได้รับการศึกษา
- ระดับประถมศึกษา ๗/๔
- ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- ระดับปริญญาตรี
- สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

- ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
- รับจ้าง
- ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- อื่นๆ โปรดระบุ ปลูกข้าว ทำไร่ กลั่นยา มานะวิทย์ ๒๐๒๖ รว ๖๓ อื่นๆ

ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ

- ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

สาขาการแพทย์แผนไทย

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

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป.

ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง

- กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร****

1. ข้อมูลสถานประกอบการ

1.1 สถานะของผู้ประกอบการ

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

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

1.2 สถานที่ทำการ

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

ตำบล/แขวง..... ไร่บัวใหม่ อำเภอ/เขต..... ราชดำเนิน จังหวัด..... นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... 0810949349 โทรสาร..... -

1.3 กิจกรรมและการดำเนินงานเกี่ยวกับสมุนไพร

- ด้านการปลูกสมุนไพรตั้งแต่..... ตั้งแต่ พ.ศ..... รวมเวลา..... 3 ปี
- ด้านการแปรรูปสมุนไพรตั้งแต่..... ตั้งแต่ พ.ศ..... รวมเวลา..... ปี

2. ผลผลิตที่ได้จากการปลูกสมุนไพร

จำนวนสมุนไพรที่ปลูกรวม..... 5..... ชนิด ระบุ

- | | | | | |
|----------------------|----------|-------------|-------|-------------------|
| 1. ชื่อสมุนไพร..... | mls | ปริมาณ..... | 375 | (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี |
| 2. ชื่อสมุนไพร..... | ข่า | ปริมาณ..... | 375 | (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี |
| 3. ชื่อสมุนไพร..... | กล้วย | ปริมาณ..... | 1 ไร่ | (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี |
| 4. ชื่อสมุนไพร..... | ขมิ้น | ปริมาณ..... | 1 ไร่ | (ไร่/ก.ก/ตัว) /ปี |
| 5. ชื่อสมุนไพร..... | ขมิ้นขาว | ปริมาณ..... | 1 ไร่ | (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 | <input type="checkbox"/> สด | <input type="checkbox"/> แห้ง | <input type="checkbox"/> ผง | <input type="checkbox"/> น้ำมัน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| ปริมาณ..... | | | | | | (ก.ก/ลิตร) /ปี |
| 2. ชื่อสมุนไพร..... | การแปรรูป | <input type="checkbox"/> สด | <input type="checkbox"/> แห้ง | <input type="checkbox"/> ผง | <input type="checkbox"/> น้ำมัน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| ปริมาณ..... | | | | | | (ก.ก/ลิตร) /ปี |
| 3. ชื่อสมุนไพร..... | การแปรรูป | <input type="checkbox"/> สด | <input type="checkbox"/> แห้ง | <input type="checkbox"/> ผง | <input type="checkbox"/> น้ำมัน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| ปริมาณ..... | | | | | | (ก.ก/ลิตร) /ปี |
| 4. ชื่อสมุนไพร..... | การแปรรูป | <input type="checkbox"/> สด | <input type="checkbox"/> แห้ง | <input type="checkbox"/> ผง | <input type="checkbox"/> น้ำมัน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| ปริมาณ..... | | | | | | (ก.ก/ลิตร) /ปี |

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. ขอบประมาณการดำเนินกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

งบประมาณที่ใช้ทั้งหมด..... 50,000 บาท

- เงินทุนส่วนบุคคล..... 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ..... 100..... ของงบประมาณ
- เงินลงทุนของสมาชิกกลุ่ม/องค์กร..... บาท คิดเป็นร้อยละ..... ของงบประมาณ
- สถาบันการเงิน..... บาท คิดเป็นร้อยละ..... ของงบประมาณ
- ส่วนราชการให้การสนับสนุน..... บาท คิดเป็นร้อยละ..... ของงบประมาณ
- องค์กรพัฒนาเอกชนให้การสนับสนุน..... บาท คิดเป็นร้อยละ..... ของงบประมาณ
- องค์กรต่างประเทศให้การสนับสนุน..... บาท คิดเป็นร้อยละ..... ของงบประมาณ
- อื่นๆ ระบุ..... บาท คิดเป็นร้อยละ..... ของงบประมาณ

5. ข้อเสนอแนะ

เกี่ยวกับการปลูกหรือการแปรรูปสมุนไพร

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

หมายเหตุ

..... (เอกสารใบสั่งยา 109 ที่ 0. นครศรีธรรมราช)
.....
.....
.....

****ผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร หมายถึง เป็นผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรที่มีสถานที่ตั้งทำการที่ชัดเจนและเป็นกิจการของคนไทยที่มีการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่..... 1 / 2562
ผู้บันทึก..... น.ร. ธีรภัฏ จิตตพรกุล
วันที่..... 2 เดือน..... ธ.ค..... พ.ศ..... 2562

ข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ..... นามสกุล..... สกล..... สว่าง

วัน/เดือน/ปีเกิด..... 1/7/2500 อายุ..... 62 ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตำบล/แขวง..... หน้าเมืง อำเภอ/เขต..... 65107 จังหวัด..... กาฬสินธุ์

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... 0816418619 โทรสาร.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

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

ตำบล/แขวง..... หน้าเมืง อำเภอ/เขต..... 65107 จังหวัด..... กาฬสินธุ์

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... 0816418619 โทรสาร.....

ข้อมูลทั่วไป

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ไม่ได้รับการศึกษา
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- ระดับประถมศึกษา
- ระดับอนุปริญญาและ ปวส.
- อื่นๆ โปรดระบุ.....
- ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น นศ. 3
- ระดับปริญญาตรี

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

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

ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ

- ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

สาขาการแพทย์แผนไทย

- ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่.....
- ประเภทเภสัชกรรมแผนไทย เลขที่.....
- ประเภทฝังเข็มแผนไทย เลขที่.....
- ประเภทนวดแผนไทย เลขที่.....
- อื่นๆ..... เลขที่.....

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป.

ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง

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

ข้อมูลเฉพาะ กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย*****

1. ข้อมูลสถานประกอบการ

1.1 สถานะของผู้ประกอบการ

ชื่อองค์กร(กลุ่ม,ชมรม,สมาคม,มูลนิธิ)..... บ้านวิจิตรโสภา.....

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

1.2 สถานที่ทำการ

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

ตำบล/แขวง..... บ้านสีบัว อำเภอ/เขต..... บ้าน จังหวัด..... ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... 08 164 186 19 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 ชาขง เจล แคปซูล
 ดอกเมื่อด เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

2. ชื่อยาสมุนไพร..... รูปแบบของยา ผง ชาขง เจล แคปซูล
 ดอกเมื่อด เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

3. ชื่อยาสมุนไพร..... รูปแบบของยา ผง ชาขง เจล แคปซูล
 ดอกเมื่อด เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

4. ชื่อยาสมุนไพร..... รูปแบบของยา ผง ชาขง เจล แคปซูล
 ดอกเมื่อด เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

5. ชื่อยาสมุนไพร..... รูปแบบของยา ผง ชาขง เจล แคปซูล
 ดอกเมื่อด เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

6. ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี
7. ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี
8. ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี
9. ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี
10. ชื่อยาสมุนไพร.....รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... (ก.ก/ลิตร)/ปี

3. การจำหน่ายยาสมุนไพร/ยาแผนไทย

จำนวนยาสมุนไพร/ยาแผนไทยที่จำหน่ายรวมทั้งหมด..... 7 ชนิด ระบุ

1. ชื่อยาสมุนไพร..... ขมิ้นชันแดง รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี
2. ชื่อยาสมุนไพร..... ฟ้าทะลายโจร รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ)..... ใบตากแห้ง
 ปริมาณ..... 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี
3. ชื่อยาสมุนไพร..... รสขมขม รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี
4. ชื่อยาสมุนไพร..... ขมิ้นชันแดง รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ)..... น้ำขมิ้น
 ปริมาณ..... 200 (ก.ก/ลิตร)/ปี
5. ชื่อยาสมุนไพร..... ขมิ้น รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
 ปริมาณ..... 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี
6. ชื่อยาสมุนไพร..... ขมิ้นชันแดง รูปแบบของยา ผง ชาซอง เจล แคปซูล
 ดอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ)..... ขมิ้น
 ปริมาณ..... 100 (ก.ก/ลิตร)/ปี

7. ชื่อยาสมุนไพร..... ยาสม มรทรมป้อมรูปแบบของยา ผง ชาชง เจล แคปซูล
 คอกเม็ค เม็ดลูกกลอน น้ำมัน ครีม อื่นๆ(ระบุ).....
ปริมาณ..... 20 (ก.ก/ลิตร)/ปี

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

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

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

4. งบประมาณการดำเนินกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

งบประมาณที่ใช้ทั้งหมด..... 50,000 บาท

- เงินทุนส่วนบุคคล..... 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ..... 100ของงบประมาณ
- เงินลงทุนของสมาชิกกลุ่ม/องค์กร.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
- สถาบันการเงิน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
- ส่วนราชการให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
- องค์กรพัฒนาเอกชนให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
- องค์กรต่างประเทศให้การสนับสนุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ
- อื่นๆ ระบุ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของงบประมาณ

5. ข้อเสนอแนะ

เกี่ยวกับการผลิตหรือการจำหน่ายยาแผนไทย

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

หมายเหตุ

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

*****ผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายยาแผนไทย หมายถึง เป็นผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่มีสถานที่ตั้งท่าการที่จัด
เจน และมีการผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี
*****ยาแผนไทย หมายถึง ยาที่ได้รับจากสมุนไพร โดยตรงหรือที่ได้จากการผสม ปฏิกหรือแปรสภาพสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมายว่า
ด้วยยา

แบบสำรวจข้อมูลทำเนียบบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

แบบสำรวจข้อมูลเลขที่ 2 / 2562
 ผู้บันทึก นร. อธิษฐ์ จิตกาจสูง
 วันที่ 2 เดือน ๒๑ พ.ศ. 2562

ข้อมูลส่วนบุคคล

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

ชื่อ นาม นร. สกกล นร. อธิษฐ์

วัน/เดือน/ปีเกิด 1 กพ 2530 อายุ 32 ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ 1 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 2 ถนน

ตำบล/แขวง ขาวป่าดง อำเภอ/เขต ขาวป่าดง จังหวัด นครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 3 0 โทรศัพท์ 0810902839 โทรสาร -

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เลขที่ 1 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย หมู่ที่ 2 ถนน

ตำบล/แขวง ขาวป่าดง อำเภอ/เขต ขาวป่าดง จังหวัด นครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 3 0 โทรศัพท์ 0810902839 โทรสาร -

ข้อมูลทั่วไป

ระดับการศึกษาสูงสุด

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

อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้กับตนเอง

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

ข้อมูลใบประกอบโรคศิลปะ

- ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ
- มีใบประกอบโรคศิลปะระบุ

สาขาการแพทย์แผนไทย

- ประเภทเวชกรรมแผนไทย เลขที่ พท. ๒. 10992
- ประเภทฝังเข็มแผนไทย เลขที่ พท. ๒. 18391
- ประเภทฝังยาแผนไทย เลขที่ พท. ๒. 1054
- ประเภทนวดแผนไทย เลขที่ พท. ๒. 1054
- อื่นๆ..... เลขที่.....

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ บ.ป.

ท่านเป็นบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มใดบ้าง

- กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาการแพทย์แผนไทย
- กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร
- กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทย
- กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์*****

1. องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

1.1 ท่านได้รับความรู้หรือได้ศึกษาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์จากใครบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | บรรพบุรุษ | <input checked="" type="checkbox"/> | บุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | โรงเรียน หรือสถาบันที่เปิดสอน | <input type="checkbox"/> | ศึกษาเองจากตำรา |
| <input type="checkbox"/> | ศึกษาค้นคว้าเองจากประสบการณ์ | | |
| <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ | | |

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

1.3 ปัจจุบันท่านมีบทบาทในการประกอบกิจกรรมในฐานะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ทำการรักษา | ตั้งแต่ พ.ศ. <u>2558</u> |
| <input type="checkbox"/> | เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ (เป็นครูสอน) | ตั้งแต่ พ.ศ. |
| <input type="checkbox"/> | เป็นผู้ผลิตยาสมุนไพร/ยาแผนไทย | ตั้งแต่ พ.ศ. |
| <input type="checkbox"/> | เป็นผู้จำหน่ายยาสมุนไพร/ยาแผนไทย | ตั้งแต่ พ.ศ. |

2. สถานที่ประกอบกิจการ

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | ที่บ้าน | <input type="checkbox"/> | วัด/สำนักสงฆ์ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | สถานพยาบาล/สถานประกอบการ(ร้าน โรงงาน ฯลฯ) | <input type="checkbox"/> | ชมรม/สมาคม |
| <input type="checkbox"/> | อื่นๆ โปรดระบุ..... | | |

3. ชื่อและที่อยู่สถานประกอบการ

ชื่อสถานประกอบการ.....วิมลชนก.....
 เลขที่.....142 ชื่อหมู่บ้าน/ตรอก/ซอย..... หมู่ที่ 13 ตำบล/แขวง.....บางปะกง.....
 อำเภอ/เขต.....บางปะกง จังหวัด.....ฉะเชิงเทรา.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....038 531444 โทรสาร.....-.....

4. ในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ท่านหาวัตถุดิบสมุนไพรมาจากแหล่งใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ปลูกเองในบ้าน ในสวนสมุนไพร | <input checked="" type="checkbox"/> | เก็บในหมู่บ้าน / ในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> | เก็บจากในป่า | <input checked="" type="checkbox"/> | ซื้อจากร้านขายยาสมุนไพร |
| <input type="checkbox"/> | อื่นๆ โปรดระบุ | | |

5. ความชำนาญโรค

ท่านมีความชำนาญในการรักษาโรคด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรคใดบ้าง

โดยเรียงลำดับจากโรคที่ชำนาญมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| 1)..... <u>(โรคท) ราชผิสมเ็นือ</u> | 2)..... <u>โรคท ราชผิสมเ็นือ (โรคท)</u> |
| 3)..... | 4)..... |
| 5)..... | 6)..... |
| 7)..... | 8)..... |
| 9)..... | 10)..... |

6. ข้อเสนอแนะ

เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

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

หมายเหตุ

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

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