

สมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง ที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

ตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง
และสิ่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๗

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อสถานประกอบกิจการ.....

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออกกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างที่ทำงานกับปัจจัยเสี่ยงตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด และให้นายจ้างบันทึกผลการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างในสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างตามผลการตรวจของแพทย์ทุกครั้งที่มีการตรวจสอบสุขภาพ

งานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง หมายความว่า งานที่ลูกจ้างทำเกี่ยวกับ

๑. สารเคมีอันตรายตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด
๒. จุลชีพวันเป็นพิษซึ่งอาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือสารชีวภาพอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด
๓. กัมมันตภาพรังสี
๔. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดัน บรรยากาศ แสง เสียง หรือสภาพ

แวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตราย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด.....เพศ ชาย หญิง

วันที่เข้าทำงาน.....

๑. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

๒. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๔. สถานประกอบกิจการ.....

เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ประวัติการทำงาน

ประวัติการทำงานตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

ชื่อสถานประกอบกิจการ/ แผนก	ประเภทกิจการ	ลักษณะงานที่ทำ	ระยะเวลาที่ทำ (วัน/เดือน/ปี- วัน/เดือน/ปี)	ปัจจัยที่เสี่ยง ต่อสุขภาพ	มี/ใช้อุปกรณ์ ป้องกันอันตราย (ระบุชนิด)

ประวัติการเจ็บป่วย

๑. เคยป่วยเป็นโรคหรือมีการบาดเจ็บ

๑.๑เมื่อปี พ.ศ.

๑.๒เมื่อปี พ.ศ.

๑.๓เมื่อปี พ.ศ.

.....

.....

.....

๒. มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

๓. เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุ.....

๔. เคยได้รับภูมิคุ้มกันโรคกรณีเกิดโรคระบาด หรือเพื่อป้องกันโรคติดต่อหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุ.....

๕. ประวัติ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (เช่น มะเร็ง โลหิตจาง วัณโรค เบาหวาน หอบหืด ภูมิแพ้ เป็นต้น)

ไม่มี มี ระบุความสัมพันธ์และโรค

๕.๑ ความสัมพันธ์.....โรค.....

๕.๒ ความสัมพันธ์.....โรค.....

๕.๓ ความสัมพันธ์.....โรค.....

๖. ปัจจุบันมียาที่จำเป็นต้องรับประทานเป็นประจำหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

๗. มีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

๘ เคยสูบบุหรี่บ้างหรือไม่

ไม่เคย

เคยและปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ปริมาณ.....มวน/วัน

เคยแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เคยสูบนาน.....ปี.....เดือน

ปริมาณขณะก่อนเลิก.....มวน/วัน

๙ เคยดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่

ไม่เคย

โดยปกติดื่มน้อยกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

ดื่ม ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

ดื่ม ๒ - ๓ ครั้งต่อสัปดาห์

ดื่มมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์

เคยแต่เลิกแล้วระยะเวลาที่ดื่มมานาน.....ปี.....เดือน

๑๐ เคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใด ๆ บ้างหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ.....

๑๑ ข้อมูลทางสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์.....

.....

.....

.....

.....

.....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่.....

ตรวจครั้งแรก

ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน

ตรวจประจำปี

ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ความสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒. ตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๒ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๗ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๘ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่.....

ตรวจครั้งแรก

ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน

ตรวจประจำปี

ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ความสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....
.....
.....
.....
.....

๒. ตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๒ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๗ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๘ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่.....

- ตรวจครั้งแรก ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน
 ตรวจประจำปี ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ความสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒. ตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๒ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๗ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๘ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่.....

- ตรวจครั้งแรก ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน
 ตรวจประจำปี ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ความสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒. ตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๒ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๗ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

๒.๘ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ.....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่.....

- ตรวจครั้งแรก ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน
 ตรวจประจำปี ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ความสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

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

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....
.....
.....
.....
.....

๒. ตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๒ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๗ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

๒.๘ ปัจจัยเสี่ยง.....
ผลการตรวจ.....

บันทึกเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
เนื่องจากการทำงานและสาเหตุ

วัน/เดือน/ปี	ส่วนของร่างกายที่บาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย	สาเหตุของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย	ระดับความรุนแรง			
			ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะบางส่วน	ทำงานไม่ได้ชั่วคราว	
					หยุดงานเกิน ๓ วัน	หยุดงานไม่เกิน ๓ วัน

การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงต้องประกอบด้วยการศึกษาประวัติด้วยแบบสอบถาม การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติมตามปัจจัยเสี่ยง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ปัจจัยเสี่ยง	รายการตรวจสุขภาพ
<p>๑. - ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย เช่น ตะกั่ว โทลูอีน เบนซิน แคดเมียม เป็นต้น</p> <p>- ทำงานสัมผัสฝุ่นแร่ เช่น ฝุ่นหิน ฝุ่นทราย เป็นต้น</p> <p>- ทำงานสัมผัสฝุ่นพืช เช่น ฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ เป็นต้น</p>	<p>- ตรวจวัดปริมาณสารเคมีในเลือด หรือปัสสาวะหรือลมหายใจออก</p> <p>- เอ็กซเรย์ปอดด้วยฟิล์มมาตรฐานและตรวจสมรรถภาพปอด</p> <p>- ตรวจสมรรถภาพปอดและเอ็กซเรย์ปอดด้วยฟิล์มขนาดมาตรฐาน (ถ้ามีข้อบ่งชี้)</p>
<p>๒. ทำงานกับผู้ป่วยติดเชื้อ งานวิเคราะห์เกี่ยวกับจุลชีววิทยา งานปศุสัตว์ เป็นต้น</p>	<p>- ตรวจสุขภาพหาโรคติดเชื้อจากการทำงานแต่ละชนิดโดยเฉพาะ</p>
<p>๓. ทำงานเกี่ยวกับรังสีชนิดก่อไอออน</p>	<p>- ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (complete blood count) หรือตรวจหาจำนวนสเปิร์ม (ในเพศชาย)</p>
<p>๔. - ทำงานสัมผัสเสียงดัง</p> <p>- ทำงานที่ต้องใช้สายตาเพ่งนาน หรืองานละเอียด</p>	<p>- ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน</p> <p>- ตรวจสมรรถภาพการมองเห็น</p>

คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ

๑. การตรวจสุขภาพครั้งแรกภายใน ๓๐ วันเป็นการตรวจเพื่อประโยชน์ของผู้ที่จะเข้าทำงานและลดความเสี่ยงของโรคหรือคัดเลือกผู้มีสภาพร่างกายเหมาะสมในการทำงานนั้น ๆ ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีความผิดปกติบางอย่าง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าจะสามารถทำงานนั้นได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ และจะต้องดูแลสุขภาพในระหว่างการทำงานดังกล่าวอย่างไร

๒. ในระหว่างการทำงาน ลูกจ้างควรสำรวจสุขภาพของตัวเองเป็นประจำอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อจะได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขต่อไป ซึ่งความผิดปกติหรือการเกิดโรคตามระบบต่าง ๆ เช่น

- ระบบสายตา เช่น ปวดตา มองเห็นไม่ชัด
- ระบบการได้ยิน เช่น หูตึง หูหนวก
- ระบบหายใจ เช่น หอบ ไอเรื้อรัง เสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก ปอดอักเสบ หายใจขัด
- ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดคอ หมอนรองกระดูกเคลื่อน ปวดตามเอ็นหรือ กล้ามเนื้อ
- ระบบผิวหนัง เช่น ผื่นคัน ผื่นแดงอักเสบ
- ระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ มึนงง ความจำเสื่อม ลมชัก

หากมีอาการดังกล่าวซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยต้องรีบดำเนินการหาสาเหตุและแก้ไขทันที รวมทั้งควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป

แบบแจ้งผลการตรวจสอบสภาพที่พบความผิดปกติหรือการเจ็บป่วย การให้การรักษายาบาลและการป้องกันแก้ไข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อสถานประกอบกิจการ.....ประเภทกิจการ.....
 ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๒. ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสอบสภาพ.....
 ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๓. ผลการตรวจสอบสภาพของลูกจ้างที่พบความผิดปกติหรือการเจ็บป่วย การให้การรักษายาบาล และการป้องกันแก้ไข

แผนก	ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนลูกจ้าง แต่ละแผนก (คน)	จำนวนลูกจ้าง ที่ตรวจ		การดำเนินการ			หมายเหตุ
			ปกติ(คน)	ผิดปกติ(คน)	การให้การรักษา	การป้องกันตัวลูกจ้าง	การแก้ไข สภาพแวดล้อม	
รวม								

นายจ้าง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....