

## ภาคผนวก ค15

การตรวจสอบสุขภาพพนักงานประจำปี และการตรวจ COVID-19



## ตรวจสอบภาพคนงานประจำปี





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นายณัฐวุฒิ แก้วนเขตวิทย์ HN : C1279  
ID/Passport No : 1619900148323 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นายสิทธิศักดิ์ กลางจันทร์ HN : C1280  
ID/Passport No : 1410200018919 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : นายสมพร หนูนลี่ HN : C1281  
ID/Passport No : 3471200606117 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทนพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นายกอง วงศ์แสง HN : C1282  
ID/Passport No : 5471000016690 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : นายบัวขัน วงศ์เคน HN : C1283  
ID/Passport No : 3411700346645 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : น.ส.สุธาริณี ทุมมนลี HN : C1284  
ID/Passport No : 3471200314019 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : นายคำสิงห์ ปกพันธ์ HN : C1285  
ID/Passport No : 3470800896280 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทนพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นางกชพร กลิ่นศรีสุข HN : C1286  
ID/Passport No : 3360600420592 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)  
ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19  
.....  
.....

.....  
(.....)  
Patient/Authorized person's signature



.....  
(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)  
ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

.....  
(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นายอรรณูา เจริญเวียง HN : C1287  
ID/Passport No : 1411300033848 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นางละเอียด บุตรสาร HN : C1288  
ID/Passport No : 3360400155747 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นาคิธรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นายTIDA SVAY HN : C1289  
ID/Passport No : N00725516 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย HTET LIN AUNG HN : C1290  
ID/Passport No : MC746315 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ. ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย LIN LIN TUN HN : C1291  
ID/Passport No : MC764307 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย NYO MIN HN : C1292  
ID/Passport No : MC795965 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ. ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นางMYINT MYINT WAI HN : C1293  
ID/Passport No : MC791149 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : นางPYONE PYINE NU HN : C1294  
ID/Passport No : MC795078 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นายMYO HTUT OO HN : C1295  
ID/Passport No : MD455995 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นายPYAE PHYO PAING HN : C1296  
ID/Passport No : MD456342 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย SAN LIN HN : C1297  
ID/Passport No : TA096481 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นาย SAN AUNG HN : C1298  
ID/Passport No : TA096496 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นายTHAUNG MIN HN : C1299  
ID/Passport No : TA096512 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย LIN NAING TUN HN : C1300  
ID/Passport No : TA096353 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นาย MAUNG THAN HN : C1301  
ID/Passport No : MD331519 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย YAR ZAR NYIN CHAN HN : C1302  
ID/Passport No : MD322711 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ. ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย TIN KHAING HN : C1303  
ID/Passport No : MD306090 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกบอลล์

Name : นาย WAI HLYAN MAUNG MAUNG HN : C1304  
ID/Passport No : MD322710 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย MAUNG MAUNG GYI HN : C1305  
ID/Passport No : MD322712 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : นายANHOTE HN : C1306  
ID/Passport No : MB723527 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นางKHAING ZIN EI HN : C1307  
ID/Passport No : MB723819 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย SOE LIN HN : C1308  
ID/Passport No : MC746797 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นาย BO AUNG DIN HN : C1309  
ID/Passport No : MC664553 Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ. ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Patient)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอลส์

Name : นายAUNG KYAW WIN HN : C1310  
ID/Passport No : MD306070 Patient No : EN :  
Birth Date : Age : Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : Department/Position :  
Risk Factor : Physician : Company :

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from)

ถึงวันที่ (To)

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทนพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทน.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นัจจิตรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์





คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : น.ส. SANDAR LIN HN : C1311  
ID/Passport No : ..... Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตร์ไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์



คลินิกเทคนิคการแพทย์ 888 โกลบอล

Name : ค.ญ. ชวิวิวิน ต้น HN : C1312  
ID/Passport No : ..... Patient No : ..... EN : .....  
Birth Date : ..... Age : ..... Date-Time : 27/5/2564  
Allergies : ..... Department/Position : .....  
Risk Factor : ..... Physician : ..... Company : .....

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

☒ ตรวจเมื่อวันที่ (Date of examination) 27/5/2564

เข้ารับการรักษาในคลินิกตั้งแต่วันที่ (The patient was admitted from) .....

ถึงวันที่ (To) .....

ได้รับตรวจสุขภาพและตรวจหาการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี (Laboratory test)

☒ SARS - CoV-2 Antibody IgG,IgM Rapid Test

☐ SARS - CoV-2 Antigen Rapid Test

ความคิดเห็นแพทย์ (Medical opinion) ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ โควิด-19

(.....)

Patient/Authorized person's signature



(ทพ.ภูมิพันธ์ หงส์วัฒนกุล)

ทพ.3511

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักเทคนิคการแพทย์

(นพ.กิตติภพ นำจิตกรไทย)

Physician's signature

ว.19112

☐ ผู้ป่วย (Pateint)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical License number)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Identification card)

☐ ผู้รับแทน (Attorney).....

☐ สำเนาพาสปอร์ต (Copy of passport)

☐ ใบมอบอำนาจ (Power of attorney)

หมายเหตุ: ใบรับรองแพทย์จะต้องมีตราประทับทุกครั้งจึงจะถือว่าสมบูรณ์

## ภาคผนวก ค16

รายงานผลการสำรวจแบบสอบถาม  
สภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน



## รายงานผลการสำรวจแบบสอบถามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน

ระยะก่อสร้าง เดือนเมษายน พ.ศ.2563 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 (ระยะเวลา 19 เดือน)

ของบริษัท แอล.พี.เอ็น.ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด (มหาชน) โครงการ ลุ่มพินี เฟลส เตาปูน อินเตอร์เซนจ์

ประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ.2563

### 1. บทนำ

การสำรวจแบบสอบถามความคิดเห็นในเรื่องสภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน ของโครงการ ลุ่มพินี เฟลส เตาปูน อินเตอร์เซนจ์ บริษัท แอล.พี.เอ็น.ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด (มหาชน) ระยะก่อสร้าง เดือนเมษายน พ.ศ.2563 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 (ระยะเวลา 19 เดือน)

รายละเอียดและลักษณะของโครงการโดยย่อ

ชื่อโครงการ : ลุ่มพินี เฟลส เตาปูน อินเตอร์เซนจ์

ตั้งอยู่ที่ : ถนนกรุงเทพ-นนทบุรี แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร

ดำเนินการโดย : บริษัท แอล.พี.เอ็น.ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด (มหาชน)

ขนาดพื้นที่ : ประมาณ 40,692 ตารางเมตร

ประกอบด้วย : สูง 30 ชั้น จำนวน 1 อาคาร มีจำนวนห้องชุดรวมทั้งหมด 710 ห้อง มีที่จอดรถยนต์ทั้งหมด 278 คัน และที่จอดรถจักรยาน/รถจักรยานยนต์ 9 คัน

ระบบสาธารณูปโภค : จัดให้มีพื้นที่สีเขียวโดยรอบโครงการ ระบบบำบัดน้ำเสีย ถังสำรองน้ำใช้ ระบบแจ้งเตือนเพลิงไหม้ และระบบรักษาความปลอดภัย

จากรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการในระยะก่อสร้าง มาตรการฯ กำหนดให้ติดตามความเห็นและทัศนคติของประชาชนโดยรอบโครงการ โดยการสำรวจข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน รัศมี 100 เมตรรอบโครงการ ปีละ 1 ครั้ง สำหรับปี 2563 โครงการได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลดังกล่าว วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 และวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ.2563 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงหรือการแก้ไขปัญหาผลกระทบที่อาจจะได้รับในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์คาดการณ์ และทัศนคติของข้อมูล พร้อมทั้งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของโครงการต่อไปในอนาคต

### 2. วิธีการศึกษาสภาพเศรษฐกิจและสังคม

การศึกษาสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในบริเวณพื้นที่ศึกษาจะทำโดยวิธีการสัมภาษณ์ประชาชนผู้พักอาศัย (รัศมี 100 เมตร โดยรอบพื้นที่โครงการ) แสดงดังรูปภาพที่ 1

2.1) รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการรวบรวมและทบทวนข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ตั้ง สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ตั้งอยู่โดยรอบพื้นที่โครงการ

2.2) การคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสัมภาษณ์ ดำเนินการพิจารณาจากชุมชนโดยรอบพื้นที่โครงการในรัศมี 100 เมตร (ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมโครงการ) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่

ในรัศมี 100 เมตร รอบพื้นที่โครงการ จากการสำรวจสภาพแวดล้อมในรัศมี 0 - 100 เมตร จากขอบเขตพื้นที่โครงการ พบว่า มีผู้อยู่ในรัศมี 0 - 100 เมตร มีจำนวน 377 แห่ง มีอาคารบ้านพักอาศัย สถานประกอบการและร้านค้า

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดพื้นที่โครงการ มีจำนวน 16 แห่ง ประกอบด้วย บ้านพักอาศัย จำนวน 15 แห่ง และสถานประกอบการ จำนวน 1 แห่ง

จากการได้สำรวจสภาพแวดล้อมบริเวณพื้นที่ติดโครงการ พบว่า มีทั้งหมด 16 แห่ง เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรง จึงเลือกใช้วิธีการสำรวจแบบเจาะจง โดยได้เลือกตัวแทนผู้ตอบแบบสอบถามที่สามารถเป็นตัวแทนที่ดี ในกรณีที่สถานที่ที่เป็นบ้านพักอาศัยจะดำเนินการสอบถามกับเจ้าของบ้าน (หัวหน้าครอบครัวหรือสามี-ภรรยา หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย และหากเป็นอาคารชุดหรืออาคารให้เช่าจะดำเนินการสอบถามจากนิติบุคคล/เจ้าของ/ผู้จัดการ/ผู้ได้รับมอบหมาย)

กลุ่มที่ 2 คริวเรือน/สถานประกอบการ/หน่วยงาน ที่อยู่ในรัศมี 0 - 100 เมตร

จากการสำรวจสภาพแวดล้อมในรัศมี 0 - 100 เมตร จากขอบเขตพื้นที่โครงการ พบว่า มีทั้งหมด 279 แห่ง จึงเลือกใช้วิธีการสำรวจแบบเจาะจง โดยได้เลือกตัวแทนผู้ตอบแบบสอบถามที่สามารถเป็นตัวแทนที่ดี ในกรณีที่สถานที่ที่เป็นบ้านพักอาศัยจะดำเนินการสอบถามกับเจ้าของบ้าน (หัวหน้าครอบครัวหรือสามี-ภรรยา หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย และหากเป็นอาคารชุดหรืออาคารให้เช่าจะดำเนินการสอบถามจากนิติบุคคล/เจ้าของ/ผู้จัดการ/ผู้ได้รับมอบหมาย)

### 2.3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

จัดเตรียมแบบสัมภาษณ์ที่ใช้สอบถามมีรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการดังนี้ (องค์ประกอบของแบบสัมภาษณ์มีรายละเอียดแสดงดังเอกสารแนบ 1)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอื่นๆ

### 2.4) การประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (Statistics Package for the Social Sciences) โดยมีขั้นตอนเตรียมคู่มือการลงรหัสเพื่อเปลี่ยนข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นรหัสสำหรับการบันทึกข้อมูล ก่อนที่จะทำการลงรหัสนั้นได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสอบถามให้ถูกต้อง เมื่อได้ทำการแปลผลและจัดทำตารางแสดงข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน

การแปลผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการสำรวจของกลุ่มเป้าหมาย คือ คริวเรือนที่อยู่ในพื้นที่ติดกับโครงการ กลุ่มคริวเรือนที่อยู่ในระยะรัศมีไม่เกิน 100 เมตร โดยนำเสนอในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลความหมายจากค่าเฉลี่ย ซึ่งใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้

1) การคำนวณร้อยละ

$$\text{ร้อยละ} = \frac{X * 100}{N}$$

X = จำนวนข้อมูลที่ต้องการนำมาหาค่าร้อยละ

N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด

2) การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{N}$$

$\bar{x}$  = ค่าเฉลี่ย

$\sum_{i=1}^n x_i$  = ผลรวมของข้อมูลทั้งหมด

N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด

3) การคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{N - 1}}$$

S.D. = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X = ข้อมูลแต่ละจำนวน

$\bar{x}$  = ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น

N = จำนวนข้อมูลจากประชากรทั้งหมด

การจัดระดับคะแนนของความคิดเห็นของผลกระทบออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่

ระดับน้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 1

ระดับน้อย มีคะแนนเท่ากับ 2

ระดับปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 3

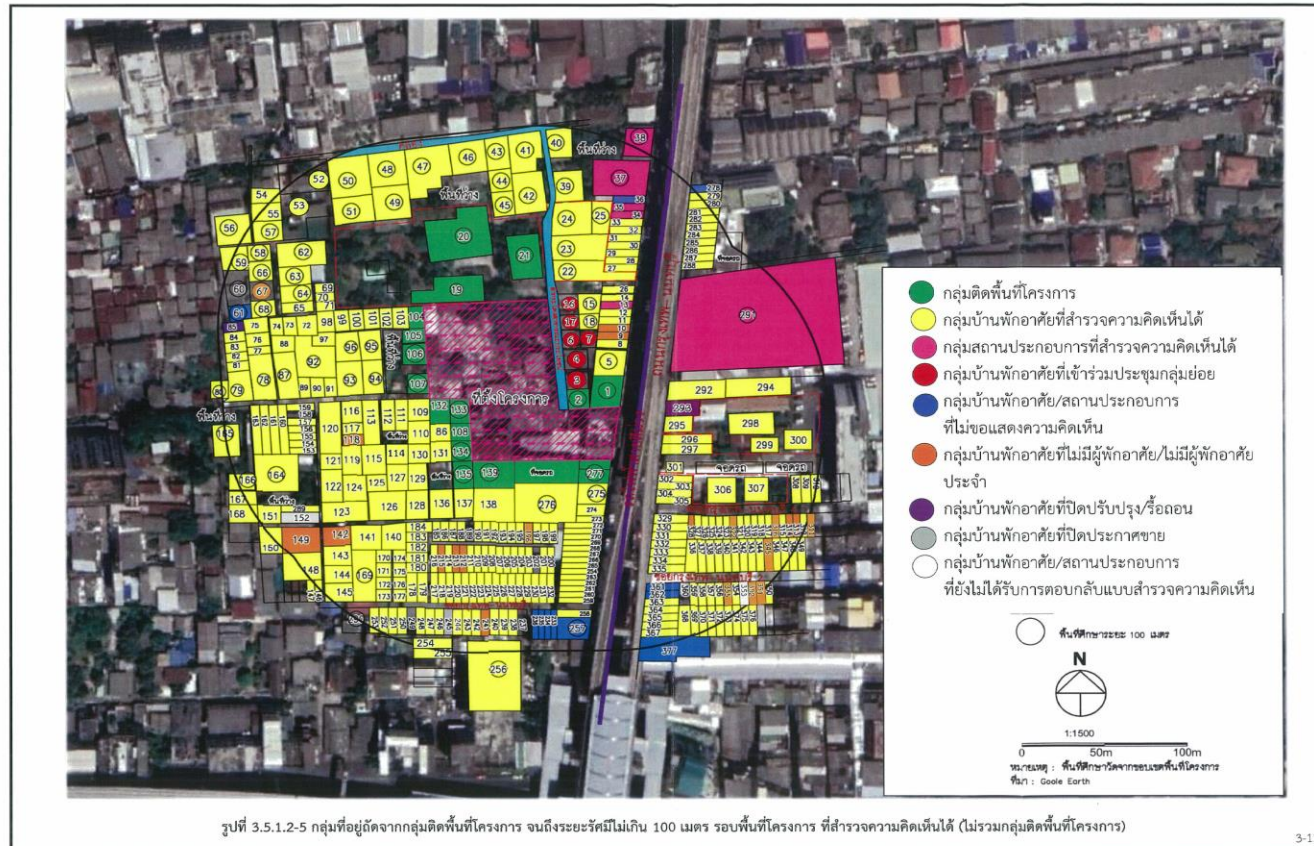
ระดับค่อนข้างมาก มีคะแนนเท่ากับ 4

ระดับมาก มีคะแนนเท่ากับ 5

ระดับมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 6

การแปลความหมายจากค่าเฉลี่ย การสำรวจความคิดเห็นตัวแทนระดับครัวเรือน ได้ทำการวิเคราะห์ระดับของผลกระทบที่ได้จากค่าเฉลี่ย โดยใช้แนวคิดของ Likert (อ้างอิงจากหนังสือเทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์, ศาสตราจารย์ ดร.สิน พันธุ์พินิจ, 2554) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.83	หมายถึง ระดับน้อยมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.84 – 2.67	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.68 – 3.51	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.52 – 4.35	หมายถึง ระดับค่อนข้างมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.36 – 5.19	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	5.20 – 6.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด



(อ้างอิงข้อมูลจากรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการ)

รูปภาพที่ 1 แสดงการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 100 เมตร จากขอบพื้นที่โครงการ

### 3. ผลการสำรวจแบบสัมภาษณ์สภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นของประชาชน

จากการติดตามสำรวจแบบสัมภาษณ์สภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นของประชาชน รัศมี 100 เมตร โดยรอบพื้นที่โครงการ โดยแบ่ง

กลุ่มที่ 1 พื้นที่ติดโครงการ ได้แก่ 1. บ้านเลขที่ 225,227 จำนวน 1 ตัวอย่าง 2. บ้านเลขที่ 237/1 จำนวน 1 ตัวอย่าง 3. บ้านเลขที่ 269/1 ม.269/2,271 4. บ้านเลขที่ 142/1 จำนวน 1 ตัวอย่าง 5. บ้านเลขที่ 142/5 จำนวน 1 ตัวอย่าง และ 6. บ้านเลขที่ 128 จำนวน 1 ตัวอย่าง 7. บ้านเลขที่ 109/1 จำนวน 1 ตัวอย่าง 8. บ้านเลขที่ 70 จำนวน 1 ตัวอย่าง 9. บ้านเลขที่ 162/1 จำนวน 1 ตัวอย่าง 10. บ้านเลขที่ 68 จำนวน 1 ตัวอย่าง 11. บ้านเลขที่ 106 จำนวน 1 ตัวอย่าง 12. บ้านเลขที่ 96 จำนวน 1 ตัวอย่าง บ้านเลขที่ 16 จำนวน 1 ตัวอย่าง และ 13. บ้านเลขที่ 301 จำนวน 1 ตัวอย่าง แสดงรายละเอียดดัง ตารางที่ 1

กลุ่มที่ 2 บ้านในรัศมี 100 เมตร

จากการสำรวจ พบว่า มีผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 – 100 เมตร มีจำนวน 279 แห่ง จำนวน 279 ตัวอย่าง บริษัทฯ จึงเลือกใช้วิธีการสำรวจแบบเจาะจง โดยได้เลือกตัวแทนผู้ตอบแบบสอบถามที่สามารถเป็นตัวแทนที่ดี ในกรณีที่สถานที่ที่เป็นบ้านพักอาศัยจะดำเนินการสอบถามกับเจ้าของบ้าน (หัวหน้าครอบครัวหรือสามี-ภรรยา หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย และหากเป็นอาคารชุดหรืออาคารให้เช่าจะดำเนินการสอบถามจากนิติบุคคล/เจ้าของ/ผู้จัดการ/ผู้ได้รับมอบหมาย) แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 1 รายละเอียดสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ที่อยู่ติดพื้นที่โครงการ

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
1.	บ้านเลขที่ 225,227 และ 239 (เจ้าของเดียวกัน)	จากการสำรวจสามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ ไม่ขอแสดง ความคิดเห็น ซึ่งส่วนตัวไม่มีความห่วงวิตกกังวลในระยะก่อสร้างโครงการ		
2.	บ้านเลขที่ 273/1	จากการสำรวจสามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ ไม่ขอแสดง ความคิดเห็น ซึ่งส่วนตัวไม่มีความห่วงวิตกกังวลในระยะก่อสร้างโครงการ		
3.	บ้านเลขที่ 269/1 269/2 และ 271	จากการสำรวจสามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ ไม่ขอแสดง ความคิดเห็น ซึ่งส่วนตัวไม่มีความห่วงวิตกกังวลในระยะก่อสร้างโครงการ		
4.	บ้านเลขที่ 142/1 , 142/5 , 109/1 และ 70	จากการสำรวจสามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ ไม่ขอแสดง ความคิดเห็น ซึ่งส่วนตัวไม่มีความห่วงวิตกกังวลในระยะก่อสร้างโครงการ		
5.	บ้านเลขที่ 128	เป็นบ้านร้าง จึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้		
6.	บ้านเลขที่ 162/1 , 68 , 106 , 96 16 และ 201	จากการสำรวจสามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ ไม่ขอแสดง ความคิดเห็น ซึ่งส่วนตัวไม่มีความห่วงวิตกกังวลในระยะก่อสร้างโครงการ		

ตารางที่ 2 รายละเอียดสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ที่อยู่ในรัศมีไม่เกิน 100 เมตร

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
1.	บ้านเลขที่ 29,30	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
2.	บ้านเลขที่ 40,43	มีการประกาศขายบ้าน จึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้		
3.	บ้านเลขที่ 44,45	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
4.	บ้านเลขที่ 58,59	คุณกิตติวัฒน์ คิวะสิริวิลาส สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย / ธุรกิจ ส่วนตัว มีรายได้ เท่ากับ 15,001- 20,000 บาท และ รายจ่าย เท่ากับ ไม่ เกิน 6,000 บาท	ระดับปานกลาง 1) ทำให้เกิด การจราจรติดขัด/ อุบัติเหตุจาก การจราจร
5.	บ้านเลขที่ 72,73,74	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
6.	บ้านเลขที่ 79,80	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
7.	บ้านเลขที่ 86,131,136 (เจ้าของเดียวกัน) 91,92 (เจ้าของเดียวกัน) 93,94 (เจ้าของเดียวกัน) 95,96 (เจ้าของเดียวกัน)	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
7.	บ้านเลขที่ 196/10	คุณวัน สถานะ : คู่สมรส/ภรรยา เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว มีรายได้ เท่ากับ 15,001- 20,000 บาท และ รายจ่าย ไม่สามารถ ระบุได้	ระดับปานกลาง 1) แรงสั่นสะเทือน จากการทำฐานราก และการคมนาคม
8.	ไม่ระบุบ้านเลขที่	คุณ อังคณา อัจฉริภา เกียรติ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรีภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ 15,001- 20,000 บาท	ระดับน้อยมาก 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง ระดับน้อย 1) เสี่ยงตั้งจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และคมนาคม ระดับปานกลาง 1) แรงสั่นสะเทือน จากการทำฐานราก และการคมนาคม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

9.	บ้านเลขที่ 318	ไม่ประสงค์ออกนาม สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรีภูมิลาเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย / ธุรกิจ ส่วนตัว มีรายได้ เท่ากับ 20,001- 30,000 บาท และ รายจ่าย ไม่สามารถ ระบุได้	ระดับน้อย 1) แรงแล้นสะท้อน จากการทำฐานราก และการคมนาคม ระดับปานกลาง 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง ระดับค่อนข้างมาก 1) ทำให้เกิด การจราจรติดขัด/ อุบัติเหตุจาก การจราจร 2) ทำให้เกิดผล กระทบกับระบบ สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้าตก น้ำปะปา ไหลลดลง
10.	บ้านเลขที่ 120, 121 (เจ้าของ เดียวกัน 141, 148 (เจ้าของ เดียวกัน) 146, 148 (เจ้าของ เดียวกัน 166, 167, 168 (เจ้าของเดียวกัน	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
11.	บ้านเลขที่ 171,172,173, 175, 176,177	การสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
12.	บ้านเลขที่ 192,193 (เจ้าของ เดียวกัน)	การสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
13.	บ้านเลขที่ 254	คุณคมเดช สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปวส./ อนุปริญญา ภูมิลำเนา : ย้ายมาจาก นครนายก	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ พนักงาน บริษัทเอกชน / พนักงานโรงงาน รายได้ ไม่สามารถ ระบุได้ รายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ไม่ได้รับผลกระทบ
14.	ไม่ระบุ	คุณเปิ้ล สถานะ : คู่สมรส/ภรรยา เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัท มี รายได้ เท่า กับ 30,001-50,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ไม่ได้รับผลกระทบ
15.	บ้านเลขที่ 333 (เจ้าของเดียวกับบ้านเลขที่ 334, 335 , 336 และ 337)	คุณไม่สะดวกให้ชื่อ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 50-59 ปี ศาสนา : คริสต์ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ ไม่สามารถ ระบุได้ รายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับปานกลาง 1) แรงสั่นสะเทือน จากการทำฐานราก และการคมนาคม
16.	บ้านเลขที่ 195,197,201,206 , 208,301 (เจ้าของเดียวกัน)	การสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
17.	บ้าน เลขที่ 199,200,265 (เจ้าของเดียวกัน)	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
18.	บ้านเลขที่ 214,231 (เจ้าของ เดียวกัน ) 229,232,264 (เจ้าของเดียวกัน) 235,236 (เจ้าของเดียวกัน)	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
19.	บ้านเลขที่ 246,247 (เจ้าของ เดียวกัน) 255,271 (เจ้าของ เดียวกัน) 259,260 (เจ้าของ เดียวกัน) 268,269 (เจ้าของ เดียวกัน) 282,283,284 ( เจ้าของ เดียวกัน ) 298,299,300 ( เจ้าของ เดียวกัน)	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มี ความคิดเห็นในปี 2563 ทั้งนี้ในรอบปี 2564 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
20.	ไม่ระบุ	คุณอุปมา สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ 15,001- 20,000 บาท ขึ้นไป	ระดับน้อย 1) น้ำเสียจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และกิจกรรมของ คนงาน ระดับค่อนข้างมาก 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) เสียงดังจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการคมนาคม ขนส่ง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
21.	บ้านเลขที่ 237/1	ไม่สะดวกให้ชื่อ สถานะ : คู่สมรส/ภรรยา เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรีภูมิสำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับน้อย 1) ทำให้เกิดความไม่ ปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สิน 2) ทำให้การจราจร ติดขัด/อุบัติเหตุจาก การจราจร 3) ทำให้เกิดปัญหา การจัดการขยะมูล ฝอยและสิ่งปฏิกูล 4) การระบายน้ำและ น้ำท่วมยังบริเวณ พื้นที่ใกล้เคียง ระดับปานกลาง 1) แรงสั่นสะเทือน จากการทำฐานราก และการคมนาคม 2) ทำให้เกิด ทัศนียภาพที่ไม่ สวยงาม ระดับมากที่สุด 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) เสียงดังจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการคมนาคม ขนส่ง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
22.	ไม่ระบุ	คุณปัญญา สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 10,001-15,000 บาท และและรายจ่าย ไม่สามารถระบุได้	ระดับน้อย 1) ทำให้การจราจร ติดขัด/อุบัติเหตุจาก การจราจร ระดับปานกลาง 1) ทำให้เกิดความไม่ ปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สิน 2) ทำให้เกิดปัญหา การจัดการขยะมูล ฝอยและสิ่งปฏิกูล 3) การระบายน้ำและ น้ำท่วมซึ่งบริเวณพื้นที่ ใกล้เคียง ระดับค่อนข้างมาก 1) แรงสั่นสะเทือน จากกิจกรรมการ ก่อสร้างและการ คมนาคม 2) ทำให้เกิด ทัศนียภาพที่ไม่ สวยงาม ระดับมากที่สุด 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) เสี่ยงดังจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการคมนาคม ขนส่ง



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	ผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่ได้รับในปัจจุบัน
23.	ไม่ระบุ	คุณสมใจ สถานะ : คู่สมรส/ภรรยา เพศ : หญิง อายุ : 50-59 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ประถมศึกษา ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่เกิด	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ระดับน้อย 1) ทำให้เกิดผลกระทบกับระบบสาธารณสุขโรค เช่น ไฟฟ้าตก น้ำประปาไหลลดลง 2) น้ำเสียจากกิจกรรมการก่อสร้างและกิจกรรมของคนงาน ระดับปานกลาง 1) ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 2) ทำให้การจราจรติดขัด/อุบัติเหตุจากการจราจร 3) การระบายน้ำและน้ำท่วมขังบริเวณพื้นที่ใกล้เคียง ระดับค่อนข้างมาก 1) ทำให้เกิดปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล 2) ทำให้เกิดทัศนียภาพที่ไม่สวยงาม ระดับมากที่สุด 1) ปัญหาฝุ่นละอองจากกิจกรรมการก่อสร้าง 2) เสียงดังจากกิจกรรมการก่อสร้างและการคมนาคมขนส่ง 3) แร่งสนั่นสะท้อนจากกิจกรรมการก่อสร้างและการคมนาคม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	ผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่ได้รับในปัจจุบัน
24.	ไม่ระบุ	สมจิตร บาร์เบอร์ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญาตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี้ตั้งแต่เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 50,001-70,000 บาท และรายจ่ายไม่สามารถระบุได้	ระดับมากที่สุด 1) ปัญหาฝุ่นละอองจากกิจกรรมการก่อสร้าง 2) เสียงดังจากกิจกรรมการก่อสร้างและการคมนาคมขนส่ง 3) แร่งสันสะท้อนจากกิจกรรมการก่อสร้างและการคมนาคม
25.	บ้านเลขที่ 304,319 (เจ้าของเดียวกัน) 305,327 (เจ้าของเดียวกัน) 306,307 (เจ้าของเดียวกัน) 329,338 (เจ้าของเดียวกัน) 331,332 (เจ้าของเดียวกัน) 336,337 (เจ้าของเดียวกัน) 347,348,349 (เจ้าของเดียวกัน) 368,369 (เจ้าของเดียวกัน)	จากการสำรวจยังไม่สามารถติดต่อตัวแทนหรือผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวได้ จึงยังไม่มีความคิดเห็นในปี 2562 ทั้งนี้ในรอบปี 2563 จะดำเนินการสำรวจอีกครั้ง เพื่อความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของข้อมูลความคิดเห็น		
26.	บ้านเลขที่ 9,10,67,118,142,149, 196, 212, 213, 215,241,311,313,314,316,322,328,345,351,352 และ355	บ้านพักอาศัยที่ปัจจุบันไม่มีผู้พักอาศัย จำนวน 21 หลังคาเรือน		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	ผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่ได้รับในปัจจุบัน
27.	บ้านเลขที่ 109,493/37,48/7,44, 48/7,48/9,196/1,43,152,245,353	มีการประกาศขายบ้าน จึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้		
28.	ไม่ระบุ	ร้านก๋วยเตี๋ยวเรือทางร่ม สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 20-29 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญาตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ไม่สามารถระบุได้ และรายจ่ายไม่สามารถระบุได้	ระดับค่อนข้างมาก 1) ปัญหาฝุ่นละอองจากกิจกรรมการก่อสร้าง 2) เสียงดังจากกิจกรรมการก่อสร้างและการ
29.	บ้านเลขที่ 50/6	คุณปัญญา หรือโอภาส สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 60 ปีขึ้นไป ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญาตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มีรายได้เท่ากับ 30,001-50,000 บาท และรายจ่ายเท่ากับ 15,001-20,000 บาท	ไม่ได้รับผลกระทบ
30.	บ้านเลขที่ 50/13,50/14,50/15	เจ้าของบ้าน สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 20-29 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 15,001-20,000 บาท และรายจ่ายเท่ากับ 8,001-10,000 บาท	ไม่ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
31.	บ้านเลขที่ 44	คุณประครอง สุภาลักษณ์ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 50,001-70,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับปานกลาง 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) แร่งสันสะท้อน จากกิจกรรมการ ก่อสร้างและการ 3) ทำให้การจราจร ติดขัด/อุบัติเหตุจาก การจราจร ระดับค่อนข้างมาก 1) ทำให้เกิดผล กระทบกับระบบ สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้าตก บริเวณ พื้นที่ใกล้เคียง
32.	บ้านเลขที่ 20	คุณนิทิศ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 15,001-20,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับน้อย 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง ระดับปานกลาง 1) เสียงตั้งจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการ 2) อื่นๆ กลิ่นน้ำมัน ระดับค่อนข้างมาก 1) เสียงตั้งจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
33.	บ้านเลขที่ 68,70	คุณธนบดี สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 60 ปีขึ้นไป ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ 15,001- 20,000 บาท	ระดับมาก 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) เสียงดังจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการคมนาคม ขนส่ง 3) แร่งสันสะท้อน จากกิจกรรมการ ก่อสร้างและการ คมนาคม 4) อื่นๆ กลิ่นน้ำมัน
34.	บ้านเลขที่ 80	คุณปราโมทย์ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปวส./ อนุปริญญา ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 15,001-20,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับน้อย 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง ระดับปานกลาง 1) เสียงดังจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการ 2) อื่นๆ กลิ่นน้ำมัน ระดับค่อนข้างมาก 1) เสียงดังจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
35.	บ้านเลขที่ 82	คุณภานุพันธ์ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัท มี รายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับมากที่สุด 1) เสียภัยจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการคมนาคม ขนส่ง
36.	บ้านเลขที่ 42 , 42/1	คุณพรรัตน์ สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 50-59 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 30,001-50,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับค่อนข้างมาก 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) ทำให้เกิดผล กระทบกับระบบ สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้าตก น้ำประปา ไหลลดลง
38.	บ้านเลขที่ 35	ไม่ประสงค์ออกนาม สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 50-59 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ประถมศึกษา ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 15,001-20,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ระดับปานกลาง 1) ปัญหาฝุ่นละออง จากกิจกรรมการ ก่อสร้าง 2) เสียภัยจาก กิจกรรมการก่อสร้าง และการคมนาคม ขนส่ง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
39.	บ้านเลขที่ 59	คุณ กิตติวัฒน์ คิวะสีรา วิลาส สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 15,001-20,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ ไม่เกิน 6,000 บาท	ระดับปานกลาง 1) ทำให้การจราจร ติดขัด/อุบัติเหตุจาก การจราจร
40.	บ้านเลขที่ 59/8	คุณร้านขนม สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ไม่ได้รับผลกระทบ
41.	บ้านเลขที่ 65	คุณนิต สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/รับจ้าง มี รายได้ เท่ากับ 10,001-15,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ 8,001- 10,000 บาท	ไม่ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	เลขที่	ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสังคม	ผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่ได้รับ ในปัจจุบัน
39.	บ้านเลขที่ 59	คุณ กิตติวัฒน์ คิวะสีรา วิลาส สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 40-49 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : ปริญญา ตรี ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 15,001-20,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ ไม่เกิน 6,000 บาท	ระดับปานกลาง 1) ทำให้การจราจร ติดขัด/อุบัติเหตุจาก การจราจร
40.	บ้านเลขที่ 59/8	คุณร้านขนม สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : ชาย อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เท่ากับ 20,001-30,000 บาท และรายจ่าย ไม่ สามารถระบุได้	ไม่ได้รับผลกระทบ
41.	บ้านเลขที่ 65	คุณนิต สถานะ : หัวหน้าครอบครัว เพศ : หญิง อายุ : 30-39 ปี ศาสนา : พุทธ ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ภูมิลำเนา : อยู่ที่นี่ตั้งแต่ เกิด	ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพ ค้าขาย/รับจ้าง มี รายได้ เท่ากับ 10,001-15,000 บาท และรายจ่าย เท่ากับ 8,001- 10,000 บาท	ไม่ได้รับผลกระทบ



## ข้อมูลทั่วไปและสภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 – 100 เมตร

จากการดำเนินการสอบถามผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 – 100 เมตร จำนวน 277 ตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีสถานภาพส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 12.0) มีอายุโดยเฉลี่ยส่วนใหญ่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8.5) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 12.8) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 18.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี (ร้อยละ 8.5) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 11.1) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบการค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 6.0) มีรายได้รวมครอบครัวต่อเดือน 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 4.3) ในขณะที่รายจ่ายของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุได้ (ร้อยละ 6.0) สำหรับการสอบถามในครั้งนี้พบว่า ไม่พบผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 54 ชุด ผู้ที่ไม่ได้รับผลกระทบ จำนวน 5 ชุด ผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็น (หมายถึงขณะเข้าสำรวจความเห็น พบผู้พักอาศัยเพียงแต่สอบถามแล้วผู้พักอาศัยดังกล่าวขออนุญาตไม่แสดงความคิดเห็น) จำนวน 34 ชุด และกลุ่มตัวอย่างที่ภายในเดือนพฤศจิกายน, เดือนธันวาคม 2562 ปัจจุบันได้ขายหรือปิดกิจการและไม่มีผู้เข้าพักอาศัย จำนวน 2 ชุด แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลเบื้องต้นและสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายการ (ส่วนที่ 1)	ผู้ให้บริการ (377 ตัวอย่าง)	ร้อยละ
<b>1.1 สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม</b>		
หัวหน้าครอบครัว/เจ้าของกิจการ	29	7.7
คู่สมรส/ภรรยา	4	1.1
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
<b>1.2 อายุ</b>		
20-29 ปี	4	1.1
30-39 ปี	9	2.4
40-49 ปี	7	1.9
50-59 ปี	10	2.7
60 ปี ขึ้นไป	3	0.8
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 3 ข้อมูลเบื้องต้นและสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายการ (ส่วนที่ 1)	ผู้ใช้บริการ (337ตัวอย่าง)	ร้อยละ
<b>1.3 เพศ</b>		
ชาย	15	4.0
หญิง	18	4.8
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
<b>1.4 ศาสนา</b>		
พุทธ	22	5.8
อิสลาม	1	0.3
คริสต์	10	2.7
อื่นๆ	0	0
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
<b>1.5 ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	7	1.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	1.1
อนุปริญญา/ปวส.	2	0.5
ปริญญาตรี	20	5.3
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
กำลังศึกษาในระดับ.....	0	0
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการ (ส่วนที่ 1)	ผู้ให้บริการ (56 ตัวอย่าง)	ร้อยละ
<b>1.6 ภูมิสำเนา</b>		
เกิดที่นี่	33	8.7
ย้ายมาจากที่อื่น	0	0
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
<b>1.7 สาเหตุที่มาอยู่บริเวณนี้</b>		
มาทำงาน	1	0.3
มาหาที่อยู่อาศัย	5	1.3
ย้ายตามพ่อแม่/ญาติพี่น้อง	0	0
มาแต่งงานกับคนที่นี่	0	0
มาเรียนหนังสือ	0	0
ไม่ตอบเนื่องจากอยู่ที่นี่แต่เกิด	27	7.2
อื่นๆ	0	0
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
<b>1.8 ท่านคิดจะย้ายไปอยู่ที่อื่นหรือไม่</b>		
คิดจะย้าย	4	1.1
ไม่คิดจะย้าย	24	6.4
ไม่แน่ใจ	4	1.1
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการ (ส่วนที่ 1)	ผู้ให้บริการ (377 ตัวอย่าง)	ร้อยละ
<b>1.9 อาชีพหลัก</b>		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	3.7
รับราชการ/ลูกจ้างหน่วยงานราชการ	0	0
พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน	3	0.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0
รับจ้าง	5	1.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	0.3
อื่นๆ	10	2.7
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ขายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
<b>2.0 รายได้รวมของครอบครัว</b>		
ไม่เกิน 6,000 บาท/เดือน	1	0.3
6,001-8,000 บาท/เดือน	1	0.3
8,001-10,000 บาท/เดือน	3	0.8
10,001-15,000 บาท/เดือน	2	0.5
15,001-20,000 บาท/เดือน	5	1.3
20,001-30,000 บาท/เดือน	7	1.9
30,001-50,000 บาท/เดือน	4	1.1
50,001-70,000 บาท/เดือน	2	0.5
70,001-100,000 บาท/เดือน	0	0
100,001-150,000 บาท/เดือน	0	0
150,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	0	0
ไม่สามารถระบุได้	8	2.1
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ขายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการ (ส่วนที่ 1)	ผู้ใช้บริการ (377ตัวอย่าง)	ร้อยละ
<b>2.1 รายจ่ายรวมของครอบครัว</b>		
ไม่เกิน 6,000 บาท/เดือน	1	0.3
6,001-8,000 บาท/เดือน	4	1.1
8,001-10,000 บาท/เดือน	0	0
10,001-15,000 บาท/เดือน	1	0.3
15,001-20,000 บาท/เดือน	3	0.8
20,001-30,000 บาท/เดือน	0	0
30,001-50,000 บาท/เดือน	0	0
50,001-70,000 บาท/เดือน	0	0
70,001-100,000 บาท/เดือน	0	0
100,001-150,000 บาท/เดือน	0	0
150,001 บาท/เดือน ขึ้นไป	0	0
ไม่สามารถระบุได้	23	6.1
ไม่แสดงความคิดเห็น	302	80.1
ชายและไม่มีผู้พักอาศัย	10	2.7
ไม่มีผู้พักอาศัยและยังไม่รื้อถอน	32	8.5
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

2) ข้อมูลสภาพปัญหาทางสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน

จากการสำรวจทัศนคติและความคิดเห็นในเรื่องของผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมชุมชนที่ได้รับในปัจจุบันของผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 - 100 เมตร พบว่า ชุมชนมีข้อห่วงกังวลเรื่อง ฝุ่นละออง, การจราจรติดขัด และเสียงดัง คิดเป็นร้อยละ 17.1, 16.2 และ 14.5 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4 และ กราฟที่ 1

ตารางที่ 4 ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 – 100 เมตร

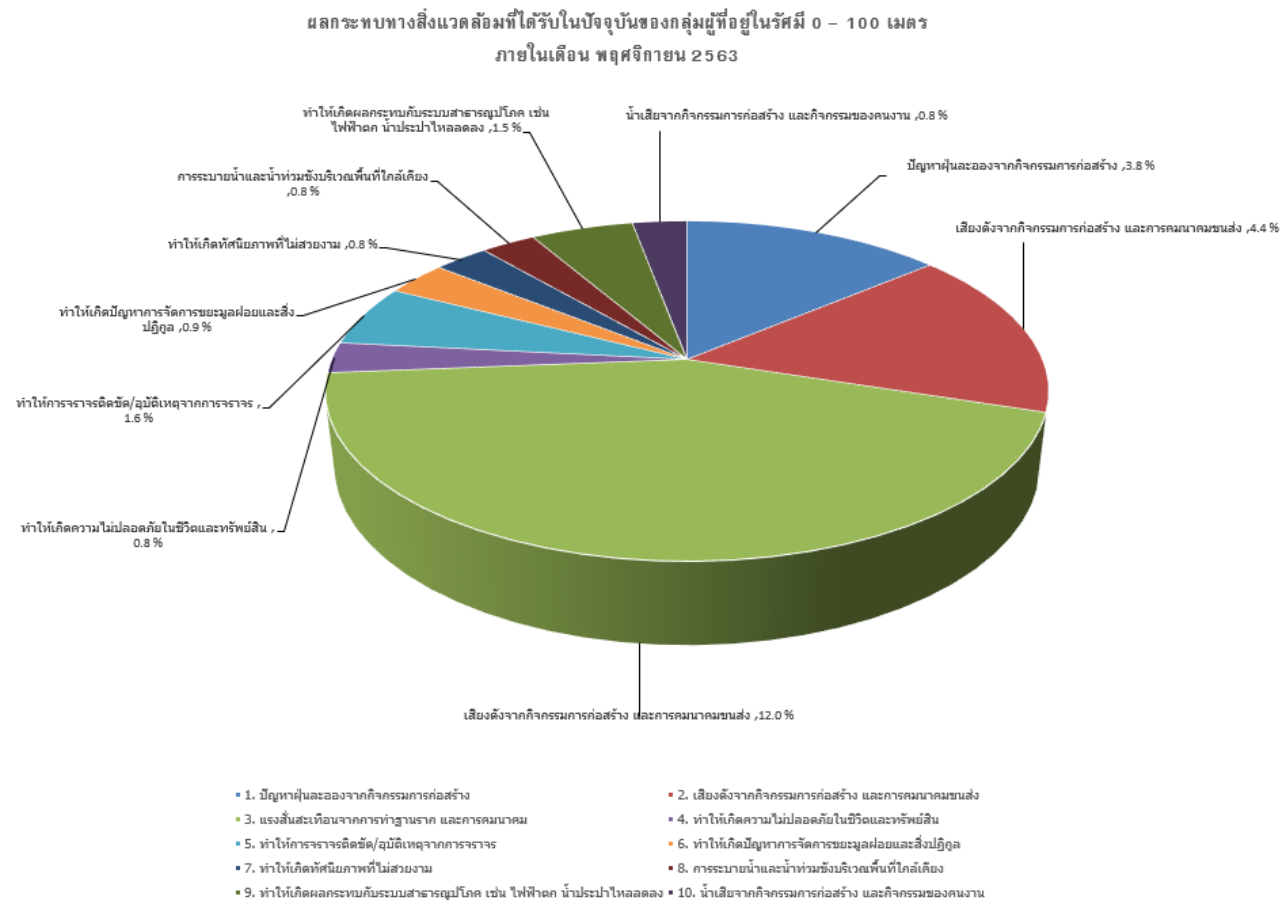
ปัญหา สิ่งแวดล้อมใน ชุมชนใน ปัจจุบัน	ไม่แสดงความ คิดเห็น		ชายและไม่มีผู้ พักอาศัย		ไม่มีผู้พักอาศัย และยังไม่รื้อ ถอน		มีผลกระทบ		ระดับของผลกระทบ								
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	1 น้อยมาก (%)	2 น้อย (%)	3 ปาน กลาง (%)	4 ค่อนข้าง มาก (%)	5 มาก (%)	6 มากที่สุด (%)	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ระดับ ผลกระทบ โดยรวม
ฝุ่นละออง	302	80.1	10	2.7	32	8.5	14	3.8	1 (0.3)	1 (0.3)	3 (0.8)	4 (1.1)	2 (0.5)	3 (0.8)	5.727	3.341	ปานกลาง
เสียงดัง	302	80.1	10	2.7	32	8.5	12	4.4	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	3 (0.8)	2 (0.5)	4 (1.1)	6.212	3.190	ปานกลาง
แรงสั่นสะเทือน	302	80.1	10	2.7	32	8.5	18	12.0	0 (0.0)	1 (0.3)	12 (3.4)	2 (0.5)	2 (0.5)	1 (0.3)	5.060	3.531	ปานกลาง
ทำให้เกิดความ ไม่ปลอดภัยใน ชี วิ ต แ ล ะ ทรัพย์สิน	302	80.1	10	2.7	32	8.5	3	0.8	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.606	3.078	ค่อนข้างมาก
การจราจร ติดขัด	302	80.1	10	2.7	32	8.5	6	1.6	0 (0.0)	2 (0.5)	3 (0.8)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.242	3.193	ปานกลาง
การจัดการขยะ มูลฝอยและสิ่ง ปฏิกูล	302	80.1	10	2.7	32	8.5	3	0.9	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.636	3.067	ปานกลาง

หมายเหตุ : ระดับของผลกระทบแปลความหมายจากผู้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็น (โดยไม่รวมผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็น ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในสัมภาษณ์ และชายและไม่มีผู้พักอาศัย)

ตารางที่ 4 ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 – 100 เมตร

ปัญหา สิ่งแวดล้อมใน ชุมชนใน ปัจจุบัน	ไม่แสดงความ คิดเห็น		ชายและไม่มี ผู้พักอาศัย		ไม่มีผู้พักอาศัย และยังไม่รื้อ ถอน		มีผลกระทบ		ระดับของผลกระทบ								
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	1 น้อย มาก (%)	2 น้อย (%)	3 ปาน กลาง (%)	4 ค่อนข้าง มาก (%)	5 มาก (%)	6 มาก ที่สุด (%)	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ระดับ ผลกระทบ โดยรวม
ทัศนียภาพที่ไม่ สวยงาม	302	80.1	10	2.7	32	8.5	3	0.8	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.697	3.044	ปานกลาง
การระบายน้ำ และน้ำท่วมขัง	35	80.1	10	2.7	32	8.5	3	0.8	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.606	3.078	ปานกลาง
เกิดผลกระทบ กับระบบ สาธารณสุขโรค	35	80.1	10	2.7	32	8.5	6	1.5	0 (0.0)	2 (0.5)	2 (0.5)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.272	3.183	ปานกลาง
น้ำเสียจาก กิจกรรมการ ก่อสร้าง และ กิจกรรมของ คนงาน	35	80.1	10	2.7	32	8.5	3	0.8	0 (0.0)	3 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.545	3.102	ค่อนข้างมาก

หมายเหตุ : ระดับของผลกระทบแปลความหมายจากผู้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็น (โดยไม่รวมผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็น ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในสัมภาษณ์ และชายและไม่มีผู้พักอาศัย)



กราฟที่ 1 ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 - 100 เมตร  
(แบบสำรวจความคิดเห็นภายในเดือน พฤศจิกายน 2563)



รายงานผลการสำรวจแบบสอบถามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน  
โครงการ ลุ่มพินี เฟลส เต่าปูน อินเทอร์เน็ต



รูปภาพที่ 2 ภาพสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 - 100 เมตร



รายงานผลการสำรวจแบบสอบถามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน  
โครงการ ลุ่มพินี เฟลส เต่าปูน อินเทอร์เน็ต



รูปภาพที่ 2 (ต่อ) ภาพสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่อยู่ในรัศมี 0 - 100 เมตร

#### 4. การดำเนินการของโครงการ

จากการสำรวจทัศนคติและความคิดเห็นของผู้พักอาศัยข้างเคียงที่มีต่อโครงการ เบื้องต้น เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2563 และวันที่ 12 ธันวาคม 2563 ปัจจุบันทางโครงการได้มีมาตรการในการป้องกันผลกระทบสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น

สำหรับการแก้ไขเรื่องฝุ่นละออง โครงการจัดให้มีคนงานคอยฉีดพรมน้ำ รวมถึงการฉีดทำความสะอาดทางเข้า-ออกโครงการ ทุกๆ 2 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่สกปรก หรือทุกครั้งที่มีการพังกระจายของฝุ่นละออง

และการแก้ไขและปรับปรุงเรื่อง ระดับเสียงดังและความสั่นสะเทือน ซึ่งปัจจุบันทางโครงการดำเนินการก่อสร้างอยู่ในช่วงโครงสร้าง และทางโครงการควบคุมระยะเวลาการทำงานจากเดิมเวลา 8.00-12.00 น. และ 13.00-18.00 น. โดยช่วงเวลาพักเที่ยง วิศวกรได้กำชับให้คนงานปิดเครื่องจักรขณะไม่ได้ใช้งานและพักเครื่องขณะหยุดใช้งาน หากมีการทำงานล่วงเวลาทางโครงการจะดำเนินการแจ้งบ้านพักอาศัยข้างเคียงให้ทราบก่อนเริ่มดำเนินการ พร้อมทั้งทางโครงการจัดให้ผู้รับเหมาทำการซ่อมบำรุงเครื่องจักรก่อนนำมาใช้งานอยู่เสมอ เพื่อลดโอกาสเสียงดังที่เกิดจากการขาดการซ่อมบำรุงของเครื่องจักร



ฝุ่นละอองภายในโครงการ

รูปภาพที่ 3 การดำเนินการแก้ไขของโครงการ

รายงานผลการสำรวจแบบสอบถามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นประชาชน  
โครงการ ลุ่มพินี เฟลส เตาปูน อินเทอร์เน็ต



ป้ายกำหนดเวลาในการทำงาน

รูปภาพที่ 3 (ต่อ) การดำเนินการแก้ไขของโครงการ

## แบบสัมภาษณ์

การสำรวจสภาพเศรษฐกิจ สังคม และความคิดเห็นของประชาชน  
โครงการ ลุ่มพินี เฟลส เตปูน อินเตอร์เซนจ์  
เจ้าของโครงการบริษัท แอล.พี.เอ็น. ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด (มหาชน)

การดำเนินงานสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อโครงการในพื้นที่ระยะรัศมี 100 เมตร จากขอบพื้นที่โครงการ ลุ่มพินี เฟลส เตปูน อินเตอร์เซนจ์ ซึ่งเป็นอาคารอยู่อาศัยรวม (อาคารชุด) สูง 30 ชั้น จำนวน 1 อาคาร มีพื้นที่ใช้สอยรวมทั้งโครงการเท่ากับ 40,692 ตารางเมตร มีจำนวนห้องชุดรวมทั้งหมด 710 ห้อง มีที่จอดรถยนต์ทั้งหมด 278 คัน และที่จอดรถจักรยาน/รถจักรยานยนต์ 9 คัน ตั้งอยู่ที่ ถนนกรุงเทพ-นนทบุรี แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับชุมชนของท่านและเนื่องจากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งทัศนคติของชุมชนเป็นสิ่งที่จำเป็น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือครั้งนี้

## ผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....  
 ชื่อร้าน/บริษัท.....  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ซอย ..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

## 1.1 สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ในครอบครัวหรือบริษัท

1. ☐ หัวหน้าครอบครัว/เจ้าของกิจการ      2. ☐ คู่สมรส/ภรรยา

## 1.2 อายุ

1. ☐ 20-29 ปี      2. ☐ 30-39 ปี      3. ☐ 40-49 ปี  
 4. ☐ 50-59 ปี      4. ☐ 60 ปีขึ้นไป

## 1.3 เพศ

1. ☐ ชาย      2. ☐ หญิง

## 1.4 ศาสนา

1. ☐ พุทธ      2. ☐ อิสลาม  
 3. ☐ คริสต์      4. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

## 1.5 ระดับการศึกษา

1. ☐ ประถมศึกษา      2. ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น  
 3. ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.      4. ☐ ปวส./อนุปริญญา

5. ☐ ปริญญาตรี  
6. ☐ สูงกว่าปริญญาตรี  
7. ☐ กำลังศึกษาในระดับ.....  
8. ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

#### 1.6 ภูมิลำเนาเดิม

1. ☐ อยู่ที่นี่ตั้งแต่เกิด (ข้ามไปตอบข้อ 8)  
2. ☐ ย้ายมาจาก จังหวัด.....เป็นระยะเวลา.....ปี (ตอบข้อ 7)

#### 1.7 สาเหตุที่มาอยู่บริเวณนี้

1. ☐ มาทำงาน  
2. ☐ มาหาที่อยู่อาศัย  
3. ☐ ย้ายตามพ่อแม่/ญาติพี่น้อง  
4. ☐ มาแต่งงานกับคนที่นี่  
5. ☐ มาเรียนหนังสือ  
6. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

#### 1.8 ท่านคิดจะย้ายไปอยู่อาศัย/ทำงานที่อื่นหรือไม่

1. ☐ คิดจะย้าย สาเหตุ.....  
2. ☐ ไม่คิดจะย้าย สาเหตุ.....  
3. ☐ ไม่แน่ใจ สาเหตุ.....

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ

#### 2.1 อาชีพหลักของครอบครัว (ตอบเพียงคำตอบเดียว)

1. ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
2. ☐ รับราชการ/ลูกจ้างหน่วยงานราชการ  
3. ☐ พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน  
4. ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
5. ☐ รับจ้าง ระบุ.....  
6. ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
7. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

#### 2.2 รายได้รวมของครอบครัว

1. ☐ ไม่เกิน 6,000 บาท/เดือน  
2. ☐ 6,001-8,000 บาท /เดือน  
3. ☐ 8,001-10,000 บาท/เดือน  
4. ☐ 10,001-15,000 บาท/เดือน  
5. ☐ 15,001-20,000 บาท/เดือน  
6. ☐ 20,001-30,000 บาท/เดือน  
7. ☐ 30,001-50,000 บาท/เดือน  
8. ☐ 50,001-70,000 บาท/เดือน  
9. ☐ 70,001-100,000 บาท/เดือน  
10. ☐ 100,001-150,000 บาท/เดือน  
11. ☐ 150,001 บาท/เดือน ขึ้นไป  
12. ☐ ไม่สามารถระบุได้

#### 2.3 รายจ่ายรวมของครอบครัว

1. ☐ ไม่เกิน 6,000 บาท/เดือน  
2. ☐ 6,001-8,000 บาท /เดือน  
3. ☐ 8,001-10,000 บาท/เดือน  
4. ☐ 10,001-15,000 บาท/เดือน  
5. ☐ 15,001-20,000 บาท/เดือน  
6. ☐ 20,001-30,000 บาท/เดือน  
7. ☐ 30,001-50,000 บาท/เดือน  
8. ☐ 50,001-70,000 บาท/เดือน



9. ☐ 70,001-100,000 บาท/เดือน

10. ☐ 100,001-150,000 บาท/เดือน

11. ☐ 150,001 บาท/เดือน ขึ้นไป

12. ☐ ไม่สามารถระบุได้

## 2.4 ภาวะทางการเงินของครัวเรือนในปัจจุบัน

1. ☐ ไม่เพียงพอ

2. ☐ เพียงพอ มีเหลือเก็บ

3. ☐ เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ

2.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน .....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน

3.1 ปัจจุบันบริเวณรอบ ๆ หน่วยงานของท่าน ได้รับความเดือดร้อนรำคาญจากปัญหาสิ่งแวดล้อมและสังคมหรือไม่อย่างไร

ความคิดเห็นทางสิ่งแวดล้อม	ไม่ได้รับผลกระทบ	ได้รับผลกระทบ	ระดับความรำคาญ					
			น้อยมาก (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	ค่อนข้างมาก (4)	มาก (5)	มากที่สุด (6)
1. ปัญหาฝุ่นละอองจากกิจกรรมการก่อสร้าง								
2. เสียงดังจากกิจกรรมการก่อสร้างและการคมนาคมขนส่ง								
3. แร่งสันสะท้อนจากการทำฐานราก และการคมนาคม								
4. ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน								
5. ทำให้การจราจรติดขัด/อุบัติเหตุจากการจราจร								
6. ทำให้เกิดปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล								
7. ทำให้เกิดทัศนียภาพที่ไม่สวยงาม								
8. การระบายน้ำและน้ำท่วมขังบริเวณพื้นที่ใกล้เคียง								
9. ทำให้เกิดผลกระทบกับระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้าตก น้ำประปาไหลลดลง								
10. น้ำเสียจากกิจกรรมการก่อสร้างและกิจกรรมของคนงาน								
11. อื่นๆ .....								

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอื่น ๆ

##### 4.1 ความคิดเห็นหรือทัศนคติในภาพรวมของท่านที่มีต่อโครงการคิดว่ามีผลกระทบอย่างไร

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ผลกระทบด้านบวกมากกว่าด้านลบ | 2. <input type="checkbox"/> ผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวก |
| 3. <input type="checkbox"/> พอ ๆ กัน                    | 4. <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                     |

##### 4.2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการก่อสร้างโครงการ

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. <input type="checkbox"/> เห็นด้วย           | เหตุผล..... |
| 2. <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย        | เหตุผล..... |
| 3. <input type="checkbox"/> ไม่แสดงความคิดเห็น | เหตุผล..... |

##### 4.3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อโครงการ

- |        |
|--------|
| 1..... |
| 2..... |
| 3..... |