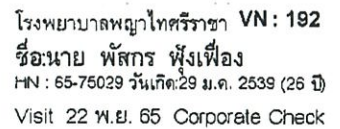


ภาคผนวก ข-20

การตรวจสอบสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2565



ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ)

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 19 หมู่ 4 ต.แกลง อ.วังจันทร์ จ.ระยอง 21160

หมายเลขบัตรประชาชน 12199 00529 266..... ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยขอแจ้งประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าด้วยความจริงดังนี้

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
2. โรคลมชัก / หัวใจ / เบาหวานรุนแรง / เคยนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือน้ำตาลในเลือดสูง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
3. อุบัติเหตุ และ การผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
4. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
5. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ☒ ตัวผู้ขอเอง ☐ บิดา/มารดา/อื่นๆ.....

วันที่ 22 พ.ย. 2565 พ.ศ.....

ในกรณีที่เด็กที่ไม่สามารถรับรองตัวเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้ (ลงชื่อด้วยตัวบรรจง)

ส่วนที่ 2 ของแพทย์ วันที่ 22 พ.ย. 2565 เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นพ./ผญ..... สัญชาติ..... กิจการรโรคิน..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ว.16153 (1)

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่ 22 พ.ย. 2565 พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 49 กก.-ความสูง 172 เซนติเมตร-ความดันโลหิต 100/60 มม.ปรอท-ชีพจร 90 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- 1) โรควิกลจริตหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือปัญญาอ่อน
- 2) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- 3) วัณโรคในระยะอันตราย
- 4) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- 5) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- 6) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- 7) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในหัวข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2)

.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(..... ว.16153)

ลงชื่อ..... ผู้รับการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ศรีราชา • SRIRACHA

ใบรับรองแพทย์สำหรับการทำงานในที่อับอากาศ

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

ข้าพเจ้า ทะเบียนอนุญาตประกอบวิชาเวชกรรมเลขที่ ว.161.53
รับรองว่า ได้เข้ารับการ
ตรวจโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และโรคอื่นซึ่งแพทย์เห็นว่า อาจเป็นอันตรายได้กรณีเข้าไปทำงานในสถานที่อับอากาศ
เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 ปรากฏว่า

☒ ไม่เป็นผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือโรคอื่นๆที่อาจเป็นอันตราย

☐ เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ หรือ โรคหัวใจ คือ

☐ ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย และผลการตรวจอื่นๆ ที่ควรเฝ้าระวังหรือติดตาม

ตรวจต่อไปคือ

โดยแพทย์มีความเห็นว่า

☒ สามารถทำงานในสถานที่อับอากาศได้ (ประเมินจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย)

☐ พบปัจจัยเสี่ยงในการทำงานในสถานที่อับอากาศ โดยสามารถทำได้แต่ควรเฝ้าระวังหรือตรวจเพิ่มเติม

คือ

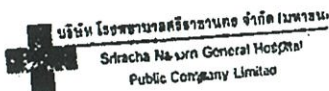
☐ ห้ามทำงานในที่อับอากาศ เนื่องจากอาจเป็นอันตรายจากอาการของโรค

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(นายแพทย์ (ว.1653))

ข้าพเจ้าผู้ปฏิบัติงานขอรับรองว่าได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคกับแพทย์ผู้ตรวจจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน



(โปรดประทับตรา สถานพยาบาล)

ใช้สำหรับตรวจรับรองโรคที่อาจเป็นอันตรายในกรณีเข้าทำงานในสถานที่อับอากาศ ตามกฎหมายกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในที่อับอากาศ พ.ศ.2562

แบบซักประวัติและตรวจร่างกาย ตามปัจจัยเสี่ยงทางด้านเคมี

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี VN: 192

ชื่อ: นาย [REDACTED]
HN: 65-75029 วันเกิด: 29 ม.ค. 2539 (26 ปี)

Visit 22 พ.ย. 65 Corporate Check

ชื่อ-นามสกุล.....

Attending Physician นายแพทย์ [REDACTED]

วันที่ตรวจ.....

22 พ.ย. 2565

ชื่อสารเคมี	การสัมผัส	อาการผิดปกติ	อาการผิดปกติ	ผลการตรวจร่างกายระบบที่เกี่ยวข้อง
Carbonmonoxide	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น ใจสั่น <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย หายใจลำบาก	ระบบสมอง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบหัวใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Sulfa dioxide	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก หอบหืด <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา <input type="checkbox"/> แสบผิวหนัง ผื่นแดง	ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Oxide of Nitrogen	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก หอบหืด <input type="checkbox"/> ไอ คัดจมูก แสบคอ เจ็บคอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา	ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Sulfuric acid	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา <input type="checkbox"/> แสบผิวหนัง ผื่นแดง	ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Thinner	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input checked="" type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> มึนเมา อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา เชื้อราตามผิวหนัง <input type="checkbox"/> ผื่นแดง แห้ง ผื่นแพ้ ตุ่มน้ำใส	ระบบสมอง <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบผิวหนัง <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ

ลงชื่อ..... ผู้เข้ารับการตรวจ

([REDACTED])

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(นายแพทย์ [REDACTED] 2.16153)



PHYATHAI
HOSPITAL
โรงพยาบาลพญาไท
BIRACHA * คลองเตย

สมุดตรวจสุขภาพ

บริษัท คับบิวเอชเอ อีเอสทีเอ็น ซิเบอร์ค เฮนจีดี 2 จำกัด (สำนักงานใหญ่)

ชื่อ-สกุล / Name : นาย

อายุ / Age : 26 ปี 9 เดือน 29 วัน

เพศ / Sex : ชาย

วันที่ตรวจ / Date of Examination : 22 พฤศจิกายน 2565

เลขที่ / HN : 65-75029

Emp.

น้ำหนัก 49 กก. ส่วนสูง 172 ซม. ชีพจร 90 ครั้ง/นาที

ดัชนีมวลกาย (BMI) : 16.56

Asia Race [18.5 - 23]

ความดันโลหิต 100 / 60 มมปรอท ($\leq 140 / \leq 90$)

ประวัติการเจ็บป่วย (Past History) : ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วย / None

ประวัติการแพ้ยา (Drug Allergy) :

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา / None

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) : ดื่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์

ประวัติการสูบบุหรี่ (Smoking) :

สูบ 15 มวน/วัน

เพื่อความรวดเร็วในการรับบริการ
โปรดนำสมุดรายงานตรวจสุขภาพ
มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง

ผลการตรวจสุขภาพตามรายการดังกล่าว เป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น
หากพบความผิดปกติใดๆ แนะนำตรวจซ้ำหรือตรวจเพิ่มเติม

ผลการตรวจร่างกาย/REPORT OF PHYSICAL CHECK-UP

การตรวจร่างกายทั่วไป <i>Physical Examination</i>	ปกติ <i>Normal</i>	ผิดปกติ <i>Abnormal</i>
ตา หู คอ จมูก <i>(Eyes, Ears, Throat, Nose)</i>	✓	
ต่อมไทรอยด์ <i>(Thyroid Gland)</i>	✓	
ช่องปาก, ฟัน <i>(Oral, Teeth)</i>	✓	
ปอด ทรวงอก เต้านม <i>(Lungs, Chest, Breasts)</i>	✓	
หัวใจ <i>(Heart)</i>	✓	
ช่องท้อง <i>(Abdomen)</i>	✓	
กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น <i>(Muscles and Tendon)</i>	✓	
ระบบประสาท <i>(Nervous System)</i>	✓	
ผิวหนัง <i>(Skin)</i>	✓	
แขนขา <i>(Extremities)</i>	✓	

สายตา (Vision) : ไม่สวมแว่น / Without Glasses
 ตาขวา (R) : สาย 50
 ตาซ้าย (L) : ปกติ
 ผลตรวจตาบอดสี (Colour Blindness) : ปกติ / Normal

ผลการตรวจเอ็กซเรย์ (X-Ray)

ผลตรวจเต้านมด้วยเอ็กซเรย์พิเศษ (Mammography) :

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) :
ปกติ

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) :

ผลการตรวจหัวใจ หลอดเลือด ด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiogram) :

ผลการตรวจหาลำโพง (LABORATORY INVESTIGATION)

การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) :

WBC	5.8	ค่าปกติ
NE%	47.0	4 - 10
LY%	35.0	37 - 80
MO%	10.0	16 - 51
EO%	6.0	< 12
BA%	2.0	< 8
RBC	4.64	< 3
HGB	14.5	4.31 - 6.4
HCT	42.1	12.6 - 18
MCV	90.7	39.8 - 52
MCH	31.3	80 - 97
MCHC	34.4	26 - 34
RDW	12.8	32 - 36
PLT	307	11.5 - 15
PLT Smear	Adequate	140 - 440
RBC morphology	Normochromic Normocytes	

สรุป/Summary ปกติ / Normal

การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) :

Color	Pale Yellow	ค่าปกติ
Clarity	Clear	
Sp.gravity	1.015	1.003 - 1.03
pH	6.0	5 - 7
Protein	Negative	
Glucose	Negative	
Ketone	Negative	
Urobilinogen	Negative	
Bilirubin	Negative	
Blood	Negative	
Leukocyte	Negative	
Nitrite	Negative	
Microscopic Examination	Centrifuged 10 ml	
White blood cell	-	< 3
Red blood cell	-	< 5
Squamous epithelial cell	0-1	< 5
Bacteria	-	
Amorphous	-	
Mucous thread	-	

สรุป/Summary ปกติ / Normal

4

นาย พันธ์กร พึ่งพิง

ผลการตรวจหาลำโพง (LABORATORY INVESTIGATION)

VDRL

Anti HIV

Hbs Ag

Anti HBS

Anti HBe

NEGATIVE

POSITIVE

NEGATIVE

ผลการตรวจอุจจาระ (Stool Exam) :

การได้ยิน Hearing Test 25 db

Right Ear							
Left Ear							
Frequency (Hz.)	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

5

นาย พันธ์กร พึ่งพิง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LABORATORY INVESTIGATION)

Lab	2022	ค่าปกติ
Glucose / Hexokinase*	83	70 - 99
Creatinine / Enzymatic*	0.87	0.67 - 1.17
Cholesterol	211	< 200
Triglyceride	55	< 150
HDL-C	52	> 40
LDL (คำนวณ)	148	< 130
TC/HDL ratio	4.1	< 4.5
AST (SGOT).	19	< 50
ALT (SGPT).	14	< 50
Direct LDL-C.	153	< 130
Anti-HBc , Total / ECLIA.	NEGATIVE	
Methamphetamine(Urine) / It	NEGATIVE	NEGATIVE

6

นาย พัทธกร หุ่นทอง

ผลการตรวจเอ็กซเรย์ (X-Ray)

การตรวจเอ็กซเรย์ (X-Ray) :
ปอดและหัวใจปกติ

ผลการตรวจด้วยการใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) :

ผลการตรวจอื่นๆ (Other)

- ผลตรวจการได้ยินแบบเต็มโปรแกรม [Audiogram] : การได้ยินอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ผลการตรวจสายตาด้วยคอมพิวเตอร์(RK3) : ตาขวา ตื่น 50,ตาซ้าย ปกติ
- ผลการตรวจสายตาอาชีวอนามัย (OCC) : ปกติ
- ผลการตรวจสมรรถภาพปอด [Pulmonary Function Test] : ปกติ

7

นาย พัทธกร หุ่นทอง

สรุป และ คำแนะนำ / Summary and Recommendation

- ผลการตรวจร่างกายทั่วไปปกติ
- การทำงานของตับและไตทำงานปกติ
- ไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง แนะนำงดอาหารที่มีไขมันสัตว์สูง ไข่แดง กระเทียม เครื่องในสัตว์, อาหารทะเลยกเว้นปลา ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ไขมันที่ดี (HDL-Cholesterol) อยู่ในเกณฑ์พอใช้ (ค่าปกติ > 40 mg/dl)
- การออกกำลังกาย, รับประทานผักมากขึ้น ช่วยเพิ่มระดับไขมันดี (HDL) ชนิดนี้ได้
- ไขมันชนิด LDL-Cholesterol สูงกว่าปกติ
- โปรดรักษาโดยเริ่มต้นจากงดอาหารมัน, ไขมัน, งดออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจไขมันในเลือดติดตามผล 1-2 เดือน
- ตรวจไม่พบเชื้อแต่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี B เรียบร้อยแล้ว
- ผลตรวจสมรรถภาพปอดปกติ
- ตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ
- ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ



Public Company Limited

แพทย์ผู้ตรวจ / Physician : (นพ. ชาญฤกษ์ กิจกำจรโรทิน (GP))

8

นาย พิศกร พึ่งเพ็ญ

ศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา

ศักยภาพด้านการตรวจสุขภาพ

1. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Clinical Laboratory) พร้อมระบบการตรวจวิเคราะห์ และถ่ายโอนข้อมูลโดยระบบคอมพิวเตอร์
2. ห้องปฏิบัติการทางพิษวิทยา (Toxicology Laboratory) ควบคุมโดยผู้มีประสบการณ์ และความชำนาญสูง พร้อมเครื่องมือครบถ้วนสมบูรณ์และได้รับรองคุณภาพ
 - วิเคราะห์ปริมาณสารโลหะหนัก (Heavy/Trace Metal) ด้วยเครื่อง AAS
 - วิเคราะห์ปริมาณสารระเหย/ตัวทำละลาย (Inhalant/Solvent) สารเมตาบอลิซึม ด้วยเครื่อง GC, HPLC
3. ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบ One Stop Service พร้อมเครื่องมือทันสมัย
4. ระบบคอมพิวเตอร์ครบวงจร ตั้งแต่เริ่มรับลงทะเบียน เข้ารับบริการตรวจวิเคราะห์ที่ บัณฑิตทางการแพทย์และทำสมุดรายงานผล
5. รถ Mobile X-ray Digital
6. ตรวจการได้ยิน (Hearing Test)
7. ตรวจการเข้าปอด (Pulmonary Function Test)
8. ตรวจสายตาสั้น-ยาว (Vision Test)
9. ตรวจตาบอดสี (Color Blindness Test)
10. ตรวจสายตาอาชีพอาชีวอนามัย (Occupational Health Vision Acuity)
11. ตรวจสมรรถภาพกล้ามเนื้อมือ (Hand Grip)
12. ตรวจสมรรถภาพกล้ามเนื้อขาและหลัง (Back and Leg Strength)
13. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
14. ตรวจภายใน (Thin Prep/Pap Smear)
15. ตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์พิเศษ (Mammography)
16. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (64 Slices CT Scan)
17. ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (Ultrasound Abdomen)
18. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test)
19. บริการ Walk Through Survey โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ เพื่อประเมินความเสี่ยง ด้านอาชีวอนามัย
20. บริการ After Sale Service เพื่อสรุปและให้คำแนะนำหลังการตรวจสุขภาพ



PHYATHAI
HOSPITAL

โรงพยาบาลพญาไท ๑ กรุงเทพมหานคร

ใบรับรองสุขภาพ

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ)

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 107 ม.1 ต.คิโรรมี อ.โพธาราม จ.ราชบุรี 76220

หมายเลขบัตรประชาชน 16๐๑๐๐๐๘๙๙๗ ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า ด้วยความเป็นจริงดังนี้

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
2. โรคลมชัก / หัวใจ / เบาหวานรุนแรง / เคยนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือน้ำตาลในเลือดสูง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
3. อุบัติเหตุ และการผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
4. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
5. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ☒ ตัวผู้ขอเอง ☐ บิดา/มารดา/อื่นๆ.....

วันที่..... เดือน 24 พ.ย. 2565

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตัวเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้ (ลงชื่อด้วยตัวบรรจง)

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่..... เดือน 24 พ.ย. 2565 พ.ศ.

ข้าพเจ้า นพ./ผญ..... สัญชาติ..... กิจการโรค..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... 2.16153⁽¹⁾

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่..... เดือน 24 พ.ย. 2565 พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 50 กก. - ความสูง 167 เซนติเมตร - ความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอท - ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- 1) โรควิกลจริตหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือปัญญาอ่อน
- 2) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- 3) วัณโรคในระยะอันตราย
- 4) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- 5) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- 6) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- 7) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับหรือตรวจให้ระบุในหัวข้อนี้)

โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา VN: 071
ชื่อ นาย ภาคิน กลิ่นชื่น
HN: 65-75357 วันเกิด 27 พ.ย. 2531 (33 ปี)
Visit 24 พ.ย. 65 Corporate Check

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์⁽²⁾

1. ไม่พบโรคติดต่ออันตราย
2. ไม่พบโรคเรื้อรัง

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(นายแพทย์..... 2.16153)

ลงชื่อ..... ผู้รับการตรวจร่างกาย

(.....)

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำกัด มหาชน
Siracha Nakorn General Hospital
Public Company Limited

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหาสาเหตุจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่

ตรวจร่างกาย

แบบซักประวัติและตรวจร่างกาย ตามปัจจัยเสี่ยงทางด้านเคมี

ชื่อ- นามสกุล.....

Attending Physician นายแพทย์ สัญญกฤต กิจกำจรโรทิน

วันที่ตรวจ.....

24 พ.ย. 2565

โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา VN: 071

ชื่อ: นาย ภากิน กลิ่นชื่น

HN: 65-75357 วันเกิด: 27 พ.ย. 2531 (33 ปี)

Visit 24 พ.ย. 65 Corporate Check

ชื่อสารเคมี	การสัมผัส	อาการผิดปกติ	อาการผิดปกติ	ผลการตรวจร่างกายระบบที่เกี่ยวข้อง
Carbonmonoxide	<input type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น ใจสั่น <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย หายใจลำบาก	ระบบสมอง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบหัวใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Sulfa dioxide	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก หอบหืด <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา <input type="checkbox"/> แสบผิวหนัง ผื่นแดง	ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Oxide of Nitrogen	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก หอบหืด <input type="checkbox"/> ไอ ตัดจมูก แสบคอ เจ็บคอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา	ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Sulfuric acid	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา <input type="checkbox"/> แสบผิวหนัง ผื่นแดง	ระบบหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ
Thinner	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้สัมผัส <input type="checkbox"/> สัมผัส	<input type="checkbox"/> บ่อยกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 8 ชม./วัน หรือ 40 ชม./สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> มึนเมา อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> ระคายเคืองตา เยื่อตาบวม <input type="checkbox"/> ผื่นแดง แห้ง ผื่นแพ้ ตุ่มน้ำใส	ระบบสมอง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบบผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ

ลงชื่อ..... ผู้เข้ารับการตรวจ

()

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(นายแพทย์ 2.16153)

โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา
Shirachit Nikhom General Hospital
Public Corporation Limited



ศรีราชา • SRIRACHA

ใบรับรองแพทย์สำหรับการทำงานในที่อับอากาศ

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565

ข้าพเจ้า นายแพทย์ [REDACTED] ทะเบียนอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 2.16153

รับรองว่า [REDACTED] ได้เข้ารับการ

ตรวจโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และโรคอื่นซึ่งแพทย์เห็นว่า อาจเป็นอันตรายได้กรณีเข้าไปทำงานในสถานที่อับอากาศ

เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565 ปรากฏว่า นาย [REDACTED]

☒ ไม่เป็นผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือโรคอื่นที่อาจเป็นอันตราย

☐ เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ หรือ โรคหัวใจ คือ

☐ ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย และผลการตรวจอื่นๆ ที่ควรเฝ้าระวังหรือติดตาม

ตรวจต่อไปคือ

โดยแพทย์มีความเห็นว่า

☒ สามารถทำงานในสถานที่อับอากาศได้ (ประเมินจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย)

☐ พบปัจจัยเสี่ยงในการทำงานในสถานที่อับอากาศ โดยสามารถทำได้แต่ควรเฝ้าระวังหรือตรวจเพิ่มเติม

คือ

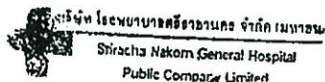
☐ ห้ามทำงานในที่อับอากาศ เนื่องจากอาจเป็นอันตรายจากอาการของโรค

ลงชื่อ [REDACTED] แพทย์ผู้ตรวจ

(นายแพทย์ [REDACTED] (ว.1653))

ข้าพเจ้าผู้ปฏิบัติงานขอรับรองว่าได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคกับแพทย์ผู้ตรวจจริง

ลงชื่อ [REDACTED] ผู้ปฏิบัติงาน



(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ใช้สำหรับตรวจรับรองโรคที่อาจเป็นอันตรายในกรณีเข้าทำงานในสถานที่อับอากาศ ตามกฎหมายกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในที่อับอากาศ พ.ศ.2562

ใบรับรองแพทย์สำหรับการทำงานในที่อับอากาศ/ที่สูง

ส่วนที่ 1 ของผู้รับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย [REDACTED] แผนก O&M
ฝ่าย Operator รหัสพนักงาน 003 (NBD2)

เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบหรือรั่วหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโคหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆ หรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 9. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 10. ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 11. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 12. ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 13. ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 14. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 15. ท่านเคยเป็นโรค | | |
| 15.1 กล้ามเนื้อที่แคบหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 15.2 กล้ามเนื้อที่สูงหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 16. ท่านเคยเป็นโรคจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 17. ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 18. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 19. ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 20. เฉพาะคนทำงานเพศหญิง – ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ |
| 21. เฉพาะคนทำงานเพศหญิง – ประจำเดือนครั้งสุดท้ายของท่านคือเมื่อใด | | |
| 22. ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |

(ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศ/ที่สูงของข้าพเจ้า

ลงชื่อ..... [REDACTED]

บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)
Sriracha Nakorn General Hospital
Public Company Limited

ผู้รับการตรวจสุขภาพ

ผลตรวจสุขภาพ

บริษัท คับบิวเอชเอ อีสเทิร์น ซิเบอร์ค เอ็นจีซี 2 จำกัด (สำนักงานใหญ่)

ชื่อ-สกุล / Name: นาย

อายุ / Age: 34 ปี 4 วัน

เพศ / Sex: ชาย

วันที่ตรวจ / Date of Examination: 24 พฤศจิกายน 2565

เลขที่ / HN: 65-75357

Emp.

น้ำหนัก 50.3 กก. ส่วนสูง 167 ซม. ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

ดัชนีมวลกาย (BMI) : 18.04

Asia Race [18.5 - 23]

ความดันโลหิต 140 / 90 มมปรอท ($\leq 140 / \leq 90$)

ประวัติการเจ็บป่วย (Past History) : ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วย / None

ประวัติการแพ้ยา (Drug Allergy) : ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา / None

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) : ดื่มน้อย / Seldom

ประวัติการสูบบุหรี่ (Smoking) : ปฏิเสธการสูบบุหรี่ / Never

เพื่อความรวดเร็วในการรับบริการ
โปรดนำสมุดรายงานตรวจสุขภาพ
มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง

ผลการตรวจสุขภาพตามรายการดังกล่าว เป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น
หากพบความผิดปกติใดๆ แนะนำตรวจซ้ำหรือตรวจเพิ่มเติม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LABORATORY INVESTIGATION)

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) :

WBC	4.5	ค่าปกติ
NE%	44.0	4 - 10
LY%	41.0	37 - 80
MO%	10.0	18 - 51
EO%	4.0	< 12
BA%	1.0	< 8
RBC	5.22	< 3
HGB	16.0	4.31 - 6.4
HCT	46.7	13.6 - 18
MCV	89.5	39.8 - 52
MCH	30.7	80 - 97
MCHC	34.3	26 - 34
RDW	12.7	32 - 36
PLT	328	11.5 - 15
PLT Smear	Adequate	140 - 440
RBC morphology	Normochromic Normocytos	

สรุป/Summary ปกติ / Normal

ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) :

Color	Amber	ค่าปกติ
Clarity	Clear	
Sp.gravity	1.020	1.003 - 1.03
pH	5.0	5 - 7
Protein	Negative	
Glucose	Negative	
Ketone	Negative	
Urobilinogen	Negative	
Bilirubin	Negative	
Blood	Negative	
Leukocyte	Negative	
Nitrite	Negative	
Microscopic Examination	Centrifuged 10 ml	
White blood cell	-	< 3
Red blood cell	-	< 5
Squamous epithelial cell	0-1	< 5
Bacteria	-	
Amorphous	-	
Mucous thread	-	

สรุป/Summary ปกติ / Normal

4

นาย ภาทิน กลิ่นชื่น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LABORATORY INVESTIGATION)

VDRL

Anti HIV

Hbs Ag

Anti HBS

Anti HBc

NEGATIVE

POSITIVE

NEGATIVE

ผลการตรวจอุจจาระ (Stool Exam) :

การได้ยิน Hearing Test 25db

Right Ear							
Left Ear							
Frequency (Hz.)	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

5

นาย ภาทิน กลิ่นชื่น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LABORATORY INVESTIGATION)

Lab	2022	ค่าปกติ
Glucose / Hexokinase*	74	70 - 99
Creatinine / Enzymatic*	0.97	0.67 - 1.17
Cholesterol	216	< 200
Triglyceride	69	< 150
HDL-C	139	> 40
LDL (คำนวณ)	63	< 130
TC/HDL ratio	1.6	< 4.5
AST (SGOT).	39	< 50
ALT (SGPT).	20	< 50
Direct LDL-C.	85	< 130
Anti-HBc , Total / ECLIA.	NEGATIVE	
Methamphetamine(Urine) / I:	NEGATIVE	NEGATIVE

6

นาย ภากิน กลิ่นจันทร์

ผลการตรวจเอ็กซเรย์ (X-Ray)

การตรวจเอ็กซเรย์ (X-Ray) :
ปอดและหัวใจปกติ

ผลการตรวจด้วยการใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) :

ผลการตรวจอื่นๆ (Other)

- ผลการตรวจสายคาดวัดคอมพิวเตอร์ (RK3) : คาวาขาว 75 ,ตาซ้ายขาว 75 เอียง 25
- ผลตรวจการได้ยินแบบเต็มโปรแกรม [Audiogram] : การได้ยินอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ผลการตรวจสายตาจอขี้นามัย (OCC) : ปกติ
- ผลการตรวจสมรรถภาพปอด [Pulmonary Function Test] : ปกติ

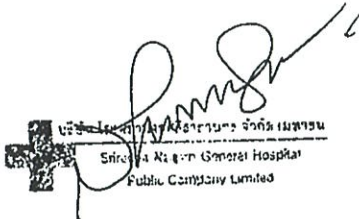
7

นาย ภากิน กลิ่นจันทร์

สรุปผล (Summary)

สรุป และ คำแนะนำ / Summary and Recommendation

- ผลการตรวจร่างกายทั่วไปปกติ
- การทำงานของตับและไตทำงานปกติ
- ผลตรวจสมรรถภาพปอดปกติ
- ไขมันคลอเลสเตอรอลในเลือดสูง แนะนำงดอาหารที่มีไขมันสัตว์สูง ไข่แดง กะทิ-เครื่องในสัตว์, อาหารทะเลยกเว้นปลา ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ไขมันชนิด LDL-Cholesterol อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ไขมันดี(HDL-Cholesterol) อยู่ในเกณฑ์พอใช้(ต่ำปกติ > 40 mg/dl)
- การออกกำลังกาย, รับประทานผักมากขึ้นช่วยเพิ่มระดับ ไขมันดี(HDL)ชนิดนี้ได้
- ตรวจไม่พบเชื้อแต้มีภูมิคุ้มกันทานโรคไวรัสตับอักเสบบี B เรียบร้อยแล้ว
- ตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ
- ตรวจสุขภาพประจำปีสมำเสมอ


บริษัท ปูนซิเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน)
Srinakharinwirot Hospital
Public Company Limited

แพทย์ผู้ตรวจ / Physician : (นพ. นัทธฤกษ์ กิจกำจรโรทิน (GP))

ศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา

ศักยภาพด้านการตรวจสุขภาพ

1. ห้องปฏิบัติการทางกายภาพ (Clinical Laboratory) พร้อมระบบการตรวจวิเคราะห์ และถ่ายโอนข้อมูลโดยระบบคอมพิวเตอร์
2. ห้องปฏิบัติการทางพิษวิทยา (Toxicology Laboratory) ควบคุมโดยผู้มีประสบการณ์ และความชำนาญสูง พร้อมเครื่องมือครบถ้วนสมบูรณ์และได้รับรองคุณภาพ
 - วิเคราะห์ปริมาณสารโลหะหนัก (Heavy/Trace Metal) ด้วยเครื่อง AAS
 - วิเคราะห์ปริมาณสารระเหย/ตัวทำละลาย (Inhalant/Solvent) สารเบนทอลอิด ด้วยเครื่อง GC,HPLC
3. ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบ One Stop Service พร้อมเครื่องมือทันสมัย
4. ระบบคอมพิวเตอร์ครบวงจร ตั้งแต่การรับลงทะเบียน เข้ารับบริการตรวจวิเคราะห์ บันทึกผลการตรวจและทำสมุดรายงานผล
5. สก Mobile X-ray Digital
6. ตรวจการได้ยิน (Hearing Test)
7. ตรวจการเข้าปอด (Pulmonary Function Test)
8. ตรวจสายตาสั้น-ยาว (Vision Test)
9. ตรวจตาบอดสี (Color Blindness Test)
10. ตรวจสายตาอาชีพอาชีวอนามัย (Occupational Health Vision Acuity)
11. ตรวจสมรรถภาพกล้ามเนื้อมือ (Hand Grip)
12. ตรวจสมรรถภาพกล้ามเนื้อขาและหลัง (Back and Leg Strength)
13. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
14. ตรวจภายใน (Thin Prep/Pap Smear)
15. ตรวจเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์พิเศษ (Mammography)
16. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (64 Slices CT Scan)
17. ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (Ultrasound Abdomen)
18. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test)
19. บริการ Walk Through Survey โดยแพทยอาชีวเวชศาสตร์ เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย
20. บริการ After Sale Service เพื่อสรุปและให้คำแนะนำหลังการตรวจสุขภาพ