สมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง
ที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์

และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง

และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๖๓



ชื่อ.....**นามสกุล**.....



ชื่อสถานประกอบกิจการ.....**บริษัท ไทย นันเฟอรัส เมทัล จำกัด**.....

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างที่ทำงานกับปัจจัยเสี่ยงตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด และให้นายจ้างบันทึกผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้างในสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างตามผลการตรวจของแพทย์ทุกครั้งที่มีการตรวจสุขภาพ

งานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง หมายความว่า งานที่ลูกจ้างทำเกี่ยวกับ

๑. สารเคมีอันตรายตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

๒. จุลชีวันเป็นพิษซึ่งอาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือสารชีวภาพอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

๓. กัมมันตภาพรังสี

๔. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง เสียง หรือสภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตราย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ประวัติส่วนตัว



ชื่อ-นามสกุล ……

วัน เดือน ปี เกิด 18/4/2541 เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง

วันที่เข้าทำงาน 7/12/2564

๑. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 

๒. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่ 273 หมู่ 2 ซอย……

ถนน……ตำบล(แขวง) ท่ากระดาน

อำเภอ(เขต) สนามชัยเขต จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ _ _ _ _ _ โทรศัพท์……

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่……หมู่……ซอย……

ถนน……ตำบล(แขวง)……

อำเภอ(เขต)……จังหวัด……

รหัสไปรษณีย์ _ _ _ _ _ โทรศัพท์……

๔. สถานประกอบกิจการ บจก. ไทย นันเฟอรัส เมทัล เลขที่ 192

หมู่ 7 ซอย 10 ถนน……

ตำบล(แขวง) หัวสำโรง อำเภอ(เขต) แปลงยาว

จังหวัด ฉะเชิงเทรา รหัสไปรษณีย์ 2 4 1 9 0

โทรศัพท์ 038-575381-6

ประวัติการทำงาน

ประวัติการทำงานตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

ชื่อสถานประกอบกิจการ/แผนก	ประเภทกิจการ	ลักษณะงานที่ทำ	ระยะเวลาที่ทำ (วัน/เดือน/ปี-วัน/เดือน/ปี)	ปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ	มี/ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย (ระบุชนิด)
ไทย นันเฟอรัส เมทัล/PDD	ตะกั่วผสมและตั่ว บริสุทธิ์	เตาหลอม	7/12/2564-ปัจจุบัน	สารตะกั่ว	ผ้าปิดจมูก

ประวัติการเจ็บป่วย

๑. เคยป่วยเป็นโรคหรือมีการบาดเจ็บ

๑.๑ .....เมื่อปี พ.ศ. .....

๑.๒ ..... เมื่อปี พ.ศ. .....

๑.๓ .....เมื่อปี พ.ศ. .....

๒. มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่

☑ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

๓. เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่

☑ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

๔. เคยได้รับภูมิคุ้มกันโรคกรณีเกิดโรคระบาด หรือเพื่อป้องกันโรคติดต่อหรือไม่

☑ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

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

☑ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์และโรค

๕.๑ ความสัมพันธ์.....โรค.....

๕.๒ ความสัมพันธ์..... โรค.....

๕.๓ ความสัมพันธ์.....โรค.....

๖. ปัจจุบันมียาที่จำเป็นต้องรับประทานเป็นประจำบ้างหรือไม่

☑ ไม่มี ☐ มี ระบุ……...

๗. มีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

☑ ไม่มี ☐ มี ระบุ……...

๘. เคยสูบบุหรี่บ้างหรือไม่

☑ ไม่เคย

☐ เคยและปัจจุบันยังสูบอยู่ปริมาณ…….มวน/วัน

☐ เคยแต่เลิกแล้ว ระยะที่เคยสูบนาน…….ปี……...เดือน

ปริมาณขณะก่อนเลิก……...มวน/วัน

๙. เคยดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่

☐ ไม่เคย ☑ โดยปกติดื่มน้อยกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

☐ ดื่ม ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ ดื่ม ๒ - ๓ ครั้งต่อสัปดาห์

☐ ดื่มมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์

☐ เคยแต่เลิกแล้วระยะเวลาที่ดื่มนาน…….ปี……เดือน

๑๐. เคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใด ๆ บ้างหรือไม่

☑ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ…….

๑๑. ข้อมูลทางสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์……

…….

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่ ….1.....

◉ ตรวจครั้งแรก (ให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน)

○ ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน ○ ตรวจประจำปี ○ ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ……15 ธันวาคม 2564……....

แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ (แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง)

ชื่อ-นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลแปลงยาว

ตั้งอยู่เลขที่……หมู่ที่…-……ถนน……

ตำบล(แขวง)…แปลงยาว……อำเภอ(เขต)……แปลงยาว……

จังหวัด…ฉะเชิงเทรา……โทรศัพท์……..

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก……กิโลกรัม ความสูง……เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย…….. ความดันโลหิต……mm.Hg

ชีพจร……-……ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ……

……...

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ…….
ตรวจเอ็กซ์เรย์ทรวงอก : ปกติ
……

๒. ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง ระดับสารตะกั่วในเลือด

ผลการตรวจ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 6 ug/dl

๒.๒ปัจจัยเสี่ยง..ระดับสารตะกั่วในปัสสาวะ……...

ผลการตรวจ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 18 ug/dl

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง……....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง……....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง……...

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง……....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่ ….2…..

◯ ตรวจครั้งแรก (ให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน)

◯ ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน ⊘ ตรวจประจำปี ◯ ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ……25 ธันวาคม 2565……....

แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ (แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง)

ชื่อ-นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ บริษัท เมดิคอลไลน์ แล็ป จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่……2778……หมู่ที่……-……ถนน……

ตำบล(แขวง)……คลองจั่น……อำเภอ(เขต)……ลาดพร้าว……

จังหวัด……กรุงเทพ……โทรศัพท์……02-3749604-5……..

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก…67…กิโลกรัม ความสูง……177……เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย……21.39…….. ความดันโลหิต……134/85……mm.Hg

ชีพจร……73……ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ……

……...

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ…….
ตรวจเอ็กซ์เรย์ทรวงอก : ปกติ
……

๒. ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง ระดับสารตะกั่วในเลือด

ผลการตรวจ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 13 ug/dl

๒.๒ปัจจัยเสี่ยง..ระดับสารตะกั่วในปัสสาวะ

ผลการตรวจ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 29 ug/dl

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง……

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง……

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง……

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง……

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

การตรวจสุขภาพ

ครั้งที่ 3

◯ ตรวจครั้งแรก (ให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน)

◯ ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน ⊘ ตรวจประจำปี ◯ ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ……วันที่ 18 เมษายน 2566……...

แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ (แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง)

ชื่อ-นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพ บริษัท เมดิคอลไลน์ แล็บ จำกัด .....

ตั้งอยู่เลขที่……2778……หมู่ที่……-……ถนน……ลาดพร้าว……

ตำบล(แขวง)……คลองจั่น……อำเภอ(เขต)……บางกะปิ……

จังหวัด……กรุงเทพ……โทรศัพท์……02-3749604-5……..

๑. ตรวจสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

น้ำหนัก…67…กิโลกรัม ความสูง……177……เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย…21.39…….. ความดันโลหิต.134/78…mm.Hg

ชีพจร……78……ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ……

……...

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ…….
ตรวจเอ็กซ์เรย์ทรวงอก : ปกติ
……

๒. ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง ระดับสารตะกั่วในเลือด

ผลการตรวจ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 15 ug/dl

๒.๒ปัจจัยเสี่ยง..ระดับสารตะกั่วในปัสสาวะ

ผลการตรวจ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 33 ug/dl

๒.๓ ปัจจัยเสี่ยง…ระดับสาร Arsenic in Urine

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) 4.39 ug/dl

๒.๔ ปัจจัยเสี่ยง……

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยง……..

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

๒.๖ ปัจจัยเสี่ยง……..

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด) .....

บันทึกความเห็นของแพทย์ ก่อนให้ลูกจ้างกลับเข้าทำงานกรณีลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงหยุดงานตั้งแต่ ๓ วัน ทำงานติดต่อกันขึ้นไป

วันที่.....

แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....

ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....

ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....

ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....

ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

หมายเหตุ ๑.ความเห็นของแพทย์ โดยแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ประจำสถานประกอบกิจการ หรือแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้อง แขนงอาชีวเวศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่รกะทรวงสาธารณสุขรับรอง

๒. ความเห็นของแพทย์ ต้องบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของลูกจ้างที่มีผลกระทบหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือลักษณะงานที่ลูกจ้างได้รับรองหมาย

บันทึกเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
เนื่องจากการทำงานและสาเหตุ

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

การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงต้องประกอบด้วยการซักประวัติด้วยแบบสอบถามการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติมตามปัจจัยเสี่ยง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ปัจจัยเสี่ยง	รายการตรวจสุขภาพ
๑. สารเคมีอันตราย -ทำงานเกี่ยวกันสารเคมีอันตราย เช่น ตะกั่ว โทลูอีน แบนซิน แคดเมียม เป็นต้น - ทำงานสัมผัสฝุ่นแร่ เช่น ฝุ่นหิน ฝุ่นทราย เป็นต้น	- ตรวจวัดปริมาณสารเคมีโนเลือด หรือปัสสาวะ หรือลมหายใจออก - เอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มมาตรฐานและตรวจสมรรถภาพปอด
๒. จุลชีวันเป็นพิษที่อาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรียรา หรือสารชีวภาพอื่น - ทำงานกับผู้ป่วยติดเชื้อ งานวิเคราะห์ เกี่ยวกับจุลชีวัน งานปศุสัตว์ เป็นต้น	- ตรวจสุขภาพหาโรคติดเชื้อจากการทำงานแต่ละชนิดโดยเฉพาะ
๓. กัมมันตภาพรังสี - ทำงานเกี่ยวกับรังสี	- ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (Complete Blood count) หรือตรวจหาจำนวนสเปิร์ม (ในเพศชาย)
๔. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือนความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง - ทำงานสัมผัสเสียงดัง - ทำงานที่ต้องใช้สายตาเพ่งนานหรืองานละเอียด	- ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน - ตรวจสมมรรถภาพการมองเห็น
๕. สภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของลูกจ้าง - ทำงานสัมผัสฝุ่นพืช เช่น ฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ เป็นต้น - การยศาสตร์	- ตรวจสมรรถภาพปอดและเอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มขนาดมาตรฐาน (ถ้ามีข้อบ่งชี้) - การทดสอบสมรรถภาพกล้ามเนื้อ

คำแนะนะเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ

๑.การตรวจสุขภาพครั้งแรกภายใน ๓๐ วัน เป็นการตรวจเพื่อประโยชน์ของผู้ที่จะเข้าทำงานและลดความเสี่ยงของโรคหรือคัดเลือกผู้มีสภาพร่างกายเหมาะสมในการทำงานนั้นๆ ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีความผิดปกติบางอย่างควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าจะสามารถทำงานนั้นได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ และจะต้องดูแลสุขภาพในระหว่างการทำงานดังกล่าวอย่างไร

๒. ในระหว่างการทำงาน ลูกจ้างควรสำรวจสุขภาพของตัวเองเป็นประจำอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อจะได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขต่อไป ซึ่งความผิดปกติหรือการเกิดโรคตามระบบต่างๆ เช่น

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

หากมีอาการดังกล่าวซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยต้องรีบดำเนินการหาสาเหตุและแก้ไขทันที รวมทั้งควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป