แบบ จผส. ๑

**แบบแจ้งผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ผิดปกติหรือที่มีอาการหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน การให้การรักษาพยาบาล และการป้องกันแก้ไข**

วันที่…………เดือน……………………………...พ.ศ……………..

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).................................................................................................................................................................................................นายจ้าง/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

๒. ชื่อสถานประกอบกิจการ……………………………………..…..…………………เลขทะเบียนนิติบุคคล…………………………………ประกอบกิจการ………………………....………….............……………………………

ตั้งอยู่เลขที่……..…………หมู่ที่…………ตรอก/ซอย……………………………ถนน………………………………….……ตำบล/แขวง…………………………………………อำเภอ/เขต…………………………………………จังหวัด……………………………………....รหัสไปรษณีย์.............................โทรศัพท์.......................................โทรสาร.......................................................โทรศัพท์มือถือ…………………………………….

๓. การดำเนินการตรวจสุขภาพของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

○ ตรวจสุขภาพครั้งแรก (ให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน) ○ ตรวจประจำปี ○ ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน ○ ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

วันที่ตรวจสุขภาพ..............................................................................

๔. แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ

(แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาชาวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง)

๔.๑ ชื่อ-นามสกุล..........................................................................................................เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ........................................................................................................................

๔.๒ ชื่อ-นามสกุล..........................................................................................................เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ........................................................................................................................

๔.๓ ชื่อ-นามสกุล..........................................................................................................เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ........................................................................................................................

๕. ชื่อหน่วยบริการตรวจสุขภาพ..........................................................................................เลขทะเบียนหน่วยบริการ......................................................................................................................

ตั้งอยู่เลขที่..................หมู่ที่...................................ตรอก/ซอย.......................................ถนน.........................................ตำบล/แขวง..................................อำเภอ/เขต......................................

จังหวัด...................................................................รหัสไปรษณีย์....................................โทรศัพท์...................................โทรสาร.........................................โทรศัพท์มือถือ................................

๖. ผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ผิดปกติหรือที่มีอาการหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน การให้การรักษาพยาบาล และการป้องกันแก้ไข

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| แผนก | ปัจจัยเสี่ยง๑. | จำนวนลูกจ้างแต่ละแผนก  ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ  (คน) | จำนวนลูกจ้างที่ตรวจ | | การดำเนินการ | | |
| ปกติ  (คน) | ผิดปกติ  (คน) | การให้การรักษา๒.  (โปรดระบุรายละเอียด) | การแก้ไขสภาพแวดล้อม๓.  (โประระบุรายละเอียด) | การป้องกันที่ตัวลูกจ้าง๔.  (โปรดระบุรายละเอียด) |
| ๑. ..................... | ๑. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๒. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๓. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๒. ..................... | ๑. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๒. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๓. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๓. ..................... | ๑. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๒. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| ๓. ..................... |  |  |  |  |  |  |
| รวม จำนวนลูกจ้าง (คน) | |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ..........................................................

(.....................................................................)

นายจ้าง/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

**หมายเหตุ** ๑. งานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง หมายถึง งานที่ลูกจ้างทำ ตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓

๒. การให้การรักษา (โปรดระบุรายละเอียด) เช่น การส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการตรวจสุขภาพซ้ำ การส่งลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

๓. การแก้ไขสภาพแวดล้อม (โปรดระบุรายละเอียด) เช่น การบำรุงรักษาเครื่องจักร การปรับปรุงแก้ไขเครื่องจักร เป็นต้น

๔. การป้องกันที่ตัวลูกจ้าง (โปรดระบุรายละเอียด) เช่น จัดและควบคุมดูแลให้ลูกจ้างสวมใส่ปลั๊กลดเสียงหรือที่ครอบหูลดเสียง การเปลี่ยนงาน เป็นต้น