# สมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง
# ซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

กฎกระทรวง
กำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง
พ.ศ. ๒๕๖๓

**ชื่อ**.....**นามสกุล**.....
**ชื่อสถานประกอบกิจการ**.....

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด และให้นายจ้างบันทึกผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างในสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างตามผลการตรวจของแพทย์ทุกครั้งที่มีการตรวจสุขภาพ

"งานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง" หมายความว่า งานที่ลูกจ้างทำเกี่ยวกับ

(๑) สารเคมีอันตรายตามที่อธิบดีประกาศกำหนด

(๒) จุลชีวันเป็นพิษซึ่งอาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือสารชีวภาพอื่น

(๓) กัมมันตภาพรังสี

(๔) ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง

(๕) สภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของลูกจ้าง เช่น ฝุ่นฝ้าย ฝุ่นไม้ ไอควันจากการเผาไหม้

# ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

วันที่เข้าทำงาน.....

๑. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

๒. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

เลขที่.....หมู่.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ _ _ _ _ _

โทรศัพท์.....

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เลขที่.....หมู่.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ _ _ _ _ _

โทรศัพท์.....

๔. ชื่อสถานประกอบกิจการ.....

เลขที่.....หมู่.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ _ _ _ _ _

โทรศัพท์.....

# ประวัติการทำงาน

ประวัติการทำงานตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

| ชื่อสถานประกอบกิจการ/แผนก | ประเภทกิจการ | ลักษณะงานที่ทำ | ระยะเวลาที่ทำ (วัน/เดือน/ปี - วัน/เดือน/ปี) | ปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ | มี/ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย (ระบุชนิด) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# 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. ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (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 .....

O ตรวจสุขภาพครั้งแรก (ให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน)

O ตรวจประจำปี O ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน O ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

**วันที่ตรวจสุขภาพ**.....

**แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ** (แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง)

ชื่อ-นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

**ชื่อหน่วยบริการตรวจสุขภาพ**.....

เลขทะเบียนหน่วยบริการ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ _ _ _ _ _

โทรศัพท์.....

๑. ข้อมูลสุขภาพทั่วไป

๑.๑ ผลตรวจเบื้องต้น

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

ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

.....

.....

๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบเอกสาร)

๒. ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

๒.๑ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

๒.๒ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

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).....

.....

.....

๒.๗ ปัจจัยเสี่ยง.....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(ระบุรายละเอียด).....

.....

.....

# บันทึกความเห็นของแพทย์ ก่อนให้ลูกจ้างกลับเข้าทำงาน
# กรณีลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงหยุดงานตั้งแต่ ๓ วันทำงานติดต่อกันขึ้นไป

วันที่.....
แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....
ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....
.....
.....

วันที่.....
แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....
ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....
.....
.....

วันที่.....
แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....
ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....
.....
.....

วันที่.....
แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....
ความเห็นของแพทย์ (ระบุรายละเอียด).....
.....
.....

**หมายเหตุ ๑. ความเห็นของแพทย์ โดยแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ประจำสถานประกอบกิจการ หรือแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง**

**๒. ความเห็นของแพทย์ ต้องบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของลูกจ้างที่มีผลกระทบหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือลักษณะงานที่ลูกจ้างได้รับมอบหมาย**

# บันทึกเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
# เนื่องจากการทำงานและสาเหตุ

| วัน/เดือน/ปี | ส่วนของร่างกาย ที่บาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย | สาเหตุ ของการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย | ระดับความรุนแรง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ทุพพลภาพ | สูญเสียอวัยวะ บางส่วน | ทำงานไม่ได้ชั่วคราว | |
| | | | | | หยุดงาน เกิน ๓ วัน | หยุดงาน ไม่เกิน ๓ วัน |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงต้องประกอบด้วยการซักประวัติด้วยแบบสอบถาม การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติมตามปัจจัยเสี่ยง ดังตัวอย่างต่อไปนี้**

| ปัจจัยเสี่ยง | รายการตรวจสุขภาพ |
|---|---|
| ๑. สารเคมีอันตราย<br>- ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย เช่น ตะกั่ว โทลูอีน เบนซิน แคดเมียม เป็นต้น<br>- ทำงานสัมผัสฝุ่นแร่ เช่น ฝุ่นหิน ฝุ่นทราย เป็นต้น | - ตรวจวัดปริมาณสารเคมีในเลือด หรือปัสสาวะ หรือลมหายใจออก<br>- เอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มมาตรฐานและตรวจสมรรถภาพปอด |
| ๒. จุลชีวันเป็นพิษที่อาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือสารชีวภาพอื่น<br>- ทำงานกับผู้ป่วยติดเชื้อ งานวิเคราะห์เกี่ยวกับจุลชีวัน งานปศุสัตว์ เป็นต้น | - ตรวจสุขภาพหาโรคติดเชื้อจากการทำงานแต่ละชนิดโดยเฉพาะ |
| ๓. กัมมันตภาพรังสี<br>- ทำงานเกี่ยวกับรังสี | - ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (complete Blood count) หรือตรวจหาจำนวนสเปิร์ม (ในเพศชาย) |
| ๔. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง<br>- ทำงานสัมผัสเสียงดัง<br>- ทำงานที่ต้องใช้สายตาเพ่งนานหรืองานละเอียด | - ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน<br>- ตรวจสมรรถภาพการมองเห็น |
| ๕. สภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของลูกจ้าง<br>- ทำงานสัมผัสฝุ่นพืช เช่น ฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ เป็นต้น<br>- การยศาสตร์ | - ตรวจสมรรถภาพปอดและเอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มขนาดมาตรฐาน (ถ้ามีข้อบ่งชี้)<br>- การทดสอบสมรรถภาพกล้ามเนื้อ |

## คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ

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