**สมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง**

**ซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง**

กฎกระทรวง

กำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

พ.ศ. ๒๕๖๓

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

**ชื่อสถานประกอบกิจการ**..............................................................................

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด และให้นายจ้าง
บันทึกผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างในสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง
ตามผลการตรวจของแพทย์ทุกครั้งที่มีการตรวจสุขภาพ

“งานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง” หมายความว่า งานที่ลูกจ้างทำเกี่ยวกับ

1. สารเคมีอันตรายตามที่อธิบดีประกาศกำหนด
2. จุลชีวันเป็นพิษซึ่งอาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา
หรือสารชีวภาพอื่น
3. กัมมันตภาพรังสี
4. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง
5. 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. 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. ข้อมูลทางสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์

…………………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………………….........

**การตรวจสุขภาพ**

ครั้งที่ ….....…

○ ตรวจสุขภาพครั้งแรก (ให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน)

○ ตรวจประจำปี ○ ตรวจเมื่อเปลี่ยนงาน ○ ตรวจเฝ้าระวังตามความจำเป็น

**วันที่ตรวจสุขภาพ**…………………………………………….……..................................................................

**แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ** (แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง)

ชื่อ-นามสกุล……………………………………...................………………………………………………..………...

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.........................………………………………………...……………….........………..

**ชื่อหน่วยงานบริการตรวจสุขภาพ**…………………………………………....……..…………………………………

เลขทะเบียนหน่วยบริการ………………………………………………..…..............……………………………...

เลขที่…..........................................................…..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 🗆 ผิดปกติระบุ………………………………………….....………………………

…………………………………………………………………..............................................................……

…………….............................................................………………………………….………………………

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**

**กรณีลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวปัจจัยเสี่ยงหยุดงานตั้งแต่ 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 | ส่วนของร่างกายที่บาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย | สาเหตุของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย | ระดับความรุนแรง |
| ทุพพลภาพ | สูญเสียอวัยวะบางส่วน | ทำงานไม่ได้ชั่วคราว |
| หยุดงานเกิน๓ วัน | หยุดงานไม่เกิน ๓ วัน |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงต้องประกอบด้วยการซักประวัติด้วยแบบสอบถาม**

**การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติมตามปัจจัยเสี่ยง ดังตัวอย่างต่อไปนี้**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัจจัยเสี่ยง** | **รายการตรวจสุขภาพ** |
| ๑. สารเคมีอันตราย- ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย เช่น ตะกั่ว โทลูอีน เบนซิน แคดเมียม เป็นต้น- ทำงานสัมผัสฝุ่นแร่ เช่น ฝุ่นหิน ฝุ่นทรายเป็นต้น | - ตรวจวัดปริมาณสารเคมีในเลือด หรือปัสสาวะหรือลมหายใจออก- เอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มมาตรฐานและตรวจสมรรถภาพปอด |
| ๒. จุลชีวันเป็นพิษที่อาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรียรา หรือสารชีวภาพอื่น- ทำงานกับผู้ป่วยติดเชื้อ งานวิเคราะห์เกี่ยวกับจุลชีวัน งานปศุสัตว์ เป็นต้น | - ตรวจสุขภาพหาโรคติดเชื้อจากการทำงานแต่ละชนิดโดยเฉพาะ |
| ๓. กัมมันตภาพรังสี- ทำงานเกี่ยวกับรังสี | - ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (completeBlood count) หรือตรวจหาจำนวนสเปิร์ม (ในเพศชาย) |
| ๔. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือนความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง- ทำงานสัมผัสเสียงดัง- ทำงานที่ต้องใช้สายตาเพ่งนานหรืองานละเอียด | - ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน- ตรวจสมรรถภาพการมองเห็น |
| ๕. สภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของลูกจ้าง- ทำงานสัมผัสฝุ่นพืช เช่น ฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอเป็นต้น- การยศาสตร์ | - ตรวจสมรรถภาพปอดและเอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มขนาดมาตรฐาน (ถ้ามีข้อบ่งชี้)- การทดสอบสมรรถภาพกล้ามเนื้อ |

**คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ**

๑. การตรวจสุขภาพครั้งแรกภายใน ๓๐ วัน เป็นการตรวจเพื่อประโยชน์ของผู้ที่จะเข้าทำงานและลดความเสี่ยงของโรคหรือคัดเลือกผู้มีสภาพร่างกายเหมาะสมในการทำงานนั้น ๆ ในกรณี
ที่ตรวจพบว่ามีความผิดปกติบางอย่างควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าจะสามารถทำงานนั้นได้อย่างปลอดภัย
หรือไม่ และจะต้องดูแลสุขภาพในระหว่างการทำงานดังกล่าวอย่างไร

๒. ในระหว่างการทำงาน ลูกจ้างควรสำรวจสุขภาพของตัวเองเป็นประจำอย่างน้อย
ปีละ ๑ ครั้ง เพื่อจะได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขต่อไป ซึ่งความผิดปกติหรือการเกิดโรค
ตามระบบต่างๆ 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