



ผู้ว่าราชการ
เลขที่รับที่ ๘๐๙
วันที่ 17 พ.ย. ๒๕๖๕
เวลา 14.50

บันทึกข้อความ

เลขที่รับ ๘๐๙
วันที่ 16 พ.ย. ๒๕๖๕
เวลา 14.59

รับที่ 4228
วันที่ 14 พ.ย. 2566
เวลา 14.15

หน่วยงาน กองอาชีวอนามัยและความปลอดภัย งานบริการทางการแพทย์ โทร. ๐ ๒๕๕๑.๘๘๒๘ - ๓๐

ที่ มท ๕๕๐๑๓-๕/๓๙๖ วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ รพบ.

เรื่อง ปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำหรับพนักงานเข้าใหม่ 5420

เรียน ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล วันที่ 16 พ.ย. 2566

เรื่องเดิม

ผู้ว่าการเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๒ ก.ค. ๒๕๖๕ ต่อย้ายบันทึกกองอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ที่ มท ๕๕๐๑๓-๕/๙๐ ลงวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ เรื่อง ชักซ้อมแนวปฏิบัติในการตรวจสอบสุขภาพตามมาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงให้หน่วยงานถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (เอกสารแนบ ๑)

ข้อเท็จจริง

๑. พนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ พนักงานที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ พนักงานที่ปฏิบัติงานผลิตน้ำประปา พนักงานที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษามาตรวัดน้ำ และพนักงานที่ปฏิบัติงานบริการทางการแพทย์ ยังไม่ได้ดำเนินการให้ตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงก่อนเข้าทำงานตามที่กฎหมายกำหนด

๒. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ กปภ. จะบรรจุพนักงานใหม่ที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงจำนวน ๑๖ อัตรา

ข้อกฎหมาย

๑. กฎกระทรวงแรงงาน กำหนดมาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์ หรืออบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งต้องดำเนินการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างครั้งแรกให้เสร็จสิ้นภายใน ๓๐ วันนับตั้งแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน และจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างครั้งต่อไปอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (เอกสารแนบ ๒)

๒. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ณ วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๓ เรื่อง ได้แก่

๒.๑. เรื่อง กำหนดงานที่ลูกจ้างทำเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายที่นายจ้างต้องจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มสารเคมีอันตราย ๖ กลุ่ม

๒.๒. เรื่อง กำหนดแบบสมุดตรวจสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง กำหนดให้สมุดตรวจสุขภาพของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงให้เป็นไปตามประกาศและนายจ้างอาจจัดทำในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้

๒.๓. เรื่อง กำหนดแบบและวิธีการส่งผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ผิดปกติหรือที่มีอาการหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน การให้การรักษายาบาล และการป้องกันแก้ไขตามแบบจพส. ๑ โดยให้นายจ้างนำส่งแบบผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-service) หรือทางไปรษณีย์ หรือทางโทรสาร (เอกสารแนบ ๓)

๓. ข้อบังคับ ...



การประสานงานภาค
๒๕ - ๒๖ - ๒๗ พฤษภาคม - กรุงเทพมหานคร

เรียน ผชบ.

เพื่อโปรดนำเรียน ผวก. ให้ความเห็นชอบ
แนวทางการตรวจสอบสุขภาพของพนักงานใหม่ที่ทำงาน
เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ในข้อ ๑ - ๓ ตามที่ กอป. เสนอ
จักขอบคุณยิ่ง

ck

(นางวาสนา เล็บสิงห์)

ผู้อำนวยการฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล
16 พ.ย. 2566

เรียน รผบ.

เพื่อโปรดนำเรียน ผวก. ให้ความเห็นชอบแนวทางการ
ตรวจสอบสุขภาพของพนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัจจัย
เสี่ยง ตามข้อเสนอ ๑-๓ รายละเอียดตามที่ กอป. เสนอ
จะขอบคุณยิ่ง

16 พ.ย. 66
(นายนิธิ ทองสอาด)
ผู้ช่วยผู้ว่าการ (ทรัพยากรบุคคล)

เรียน ผวก.

เพื่อโปรดให้ความเห็นชอบแนวทางการตรวจ
สุขภาพของพนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัจจัย
เสี่ยง ตามข้อเสนอ ๑-๓ รายละเอียดตามที่ กอป. เสนอ
จะขอบคุณยิ่ง

16 พ.ย. 2566

(นายศรายุทธ แก้วสินธุ์)

ผู้ช่วยผู้ว่าการ (แผนยุทธศาสตร์) รักษาการในตำแหน่ง
รองผู้ว่าการ (ทรัพยากรบุคคลและบริหารองค์กร)

เห็นชอบข้อ 1.-3. ตามที่ ทพท. เสนอ

ดีน.

(นายธนิศ ชนเสวีวัฒน์)
รองผู้ว่าการ (วิชาการ) รักษาการแทน
ผู้ว่าการการประปาส่วนภูมิภาค
17 พ.ย. 2566

กองอาชีวอนามัยฯ

☐ งานอาชีวอนามัยฯ

☒ งานบริการทางการแพทย์

ธพ.

(นางฐานิสสร บุรณะวิเศษกุล)
ผู้อำนวยการกองอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
21 พ.ย. 2566

เรียน ผู้อำนวยการกองบริการลูกค้า

เพื่อโปรดแจ้งเวียนในร.บ.บ.น.ง.ส.ง.ว.น.

อิเล็กทรอนิกส์ ต่อไปทุก กองควบคุม

ธพ. 21 พ.ย. 66

(นางฐานิสสร บุรณะวิเศษกุล)
ผู้อำนวยการกองอาชีวอนามัยและความปลอดภัย



การประปาส่วนภูมิภาค
ปจ. - เน. - ส.อ.ป.ช. - ส.ก.ว.ช.น.น.

๓. ข้อบังคับการประปาส่วนภูมิภาค พ.ศ. ๒๕๖๔ ว่าด้วยการสงเคราะห์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๒๓ ข้อ ๗ กำหนดจ่ายเงินค่าตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

(๑) ผู้มีสิทธิได้รับเงินค่าตรวจสุขภาพต้องเป็นผู้ปฏิบัติงาน

(๒) ต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาล

(๓) ค่าตรวจสุขภาพให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

(๔) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย ซึ่ง กปภ. ดำเนินการจัดให้ตรวจสุขภาพเป็นการเฉพาะนอกเหนือจากการตรวจสุขภาพประจำปีปกติตาม (๓) ให้เบิกอัตราค่าบริการในการตรวจสุขภาพได้ตามความเป็นจริงและเหมาะสมตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (เอกสารแนบ ๔)

ข้อพิจารณา

กอป. พิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อให้การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดมีการจัดเก็บและสืบค้นข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ เป็นการเฝ้าระวังป้องกันผลกระทบทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง สามารถวางแผนป้องกันหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงก่อนการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน จึงเห็นควรปรับปรุงแนวทางการตรวจสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำหรับพนักงานเข้าใหม่ เพื่อให้หน่วยงานถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังนี้

๑. ให้มีการตรวจสุขภาพพนักงานเข้าใหม่ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงแยกตามกลุ่มการปฏิบัติงานภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่รับเข้าทำงาน รายละเอียดตามแบบฟอร์ม FFW ๐๐๑ – FFW ๐๐๔ ที่แนบมาพร้อมนี้

๒. ให้เบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพได้ตามสิทธิ และเป็นไปตามข้อกฎหมาย ๓

๓. ให้นักรักษาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ที่สังกัด กปภ. เขต ๑ – ๑๐ และกองอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นผู้รวบรวมและจัดเก็บรายงานผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของพนักงานในสังกัด โดยมีการจัดเก็บข้อมูลเป็นเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามแบบที่กฎหมายกำหนด

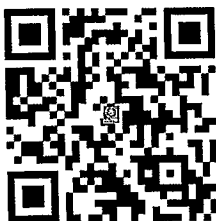
ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา แม่นเห็นชอบด้วยโปรดนำเรียน ผวก. พิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อพิจารณา ๑ – ๓ เพื่อจะได้แจ้งเวียนให้พนักงานทราบและถือปฏิบัติต่อไป จะขอบคุณยิ่ง



(นางฐานิสสร บุณณะวิเชษฐกุล)

ผู้อำนวยการกองอาชีวอนามัยและความปลอดภัย



เอกสารแนบ ๑-๔



รายงานการตรวจสอบสุขภาพของพนักงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง
สำหรับพนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์
(ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (พนักงานเป็นผู้กรอก)

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
สังกัด ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ กปภ. เขต 1-10 กอง.....งาน.....
ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....
เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ ☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ทำการเปิดเผยให้เฉพาะหน่วยงานหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือผลกระทบทางสุขภาพร่างกายจากการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบสุขภาพ (เพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน fitness for work ครั้งแรก ให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เข้าปฏิบัติงาน)

ความเห็นแพทย์ผู้ทำการตรวจสอบสุขภาพ

นายแพทย์,แพทย์หญิง.....นามสกุล.....
ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ได้ตรวจร่างกายของ.....
ปรากฏผลดังนี้

ผลการตรวจสอบสุขภาพร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วยทุกรายการ)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที
ผลการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Urine Analysis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Stool Examination ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Complete Blood Count ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก Pap Smear (เฉพาะเพศหญิง) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

สมรรถภาพการมองเห็น Vision Test ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....สมรรถภาพการได้ยิน Audiometry ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....สมรรถภาพปอด Spirometry ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของตับ (SGOT, SGPT, ALP) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (Ultrasound Whole Abdomen) เฉพาะเพศชาย

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม (Mammogram) เฉพาะเพศหญิง

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย, นาง, นางสาว นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....

ประทับตราสถานพยาบาล



รายงานการตรวจสอบสุขภาพของพนักงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง
สำหรับพนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานผลิตน้ำประปา
 (ตำแหน่ง ช่างไฟฟ้า ช่างเครื่องกล หรือตำแหน่งอื่นๆตามโครงสร้างตำแหน่งงาน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (พนักงานเป็นผู้กรอก)

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
 สังกัด ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ กปภ. เขต 1-10 กอง.....งาน.....
 ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา ☐ ไม่มี ☐ มี คือ
 เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ ☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ทำการเปิดเผยให้เฉพาะหน่วยงานหรือบุคคลที่มีหน้าที่
 รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือผลกระทบทางสุขภาพร่างกายจากการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....
 (.....)
 วันที่.....

**ส่วนที่ 2 การตรวจสอบสุขภาพ (เพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน fitness for work ครั้งแรก ให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน
 นับแต่วันที่เข้าปฏิบัติงาน)**

ความเห็นแพทย์ผู้ทำการตรวจสอบสุขภาพ

นายแพทย์,แพทย์หญิง.....นามสกุล.....
 ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ได้ตรวจร่างกายของ.....
 ปรากฏผลดังนี้

ผลการตรวจสอบสุขภาพร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วยทุกรายการ)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที
 ผลการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
 ผลการตรวจ Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
 ผลการตรวจ Urine Analysis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
 ผลการตรวจ Stool Examination ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
 ผลการตรวจ Complete Blood Count ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
 ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก Pap Smear (เฉพาะเพศหญิง) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

สมรรถภาพการมองเห็น Vision Test ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....สมรรถภาพการได้ยิน Audiometry ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....สมรรถภาพปอด Spirometry ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของตับ (SGOT, SGPT, ALP) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย, นาง, นางสาว นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....

ประทับตราสถานพยาบาล



**รายงานการตรวจสอบสุขภาพของพนักงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง
สำหรับพนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษามาตรวัดน้ำ
(ตำแหน่ง วิศวกร หรือตำแหน่งอื่นๆตามโครงสร้างตำแหน่งงาน)**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (พนักงานเป็นผู้กรอก)

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
สังกัด ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ กปภ. เขต 1-10 กอง.....งาน.....
ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา ☐ ไม่มี ☐ มี คือ
เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ ☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ทำการเปิดเผยให้เฉพาะหน่วยงานหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือผลกระทบทางสุขภาพร่างกายจากการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบสุขภาพ (เพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน fitness for work ครั้งแรก ให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เข้าปฏิบัติงาน)

ความเห็นแพทย์ผู้ทำการตรวจสอบสุขภาพ

นายแพทย์,แพทย์หญิง.....นามสกุล.....
ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ได้ตรวจร่างกายของ.....
ปรากฏผลดังนี้

ผลการตรวจสอบสุขภาพร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วยทุกรายการ)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที
ผลการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Urine Analysis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Stool Examination ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจ Complete Blood Count ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก Pap Smear (เฉพาะเพศหญิง) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

สมรรถภาพการมองเห็น Vision Test ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....สมรรถภาพการได้ยิน Audiometry ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....สมรรถภาพปอด Spirometry ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของตับ (SGOT, SGPT, ALP) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย, นาง, นางสาวนามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....

ประทับตราสถานพยาบาล



รายงานการตรวจสอบสุขภาพของพนักงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง
สำหรับพนักงานใหม่ที่ปฏิบัติงานบริการทางการแพทย์
(ตำแหน่ง พยาบาล)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (พนักงานเป็นผู้กรอก)

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
สังกัด ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ กปภ. เขต 1-10 กอง.....งาน.....
ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....
เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ ☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ทำการเปิดเผยให้เฉพาะหน่วยงานหรือบุคคลที่มีหน้าที่
รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือผลกระทบทางสุขภาพร่างกายจากการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบสุขภาพ (เพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน fitness for work ครั้งแรก ให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน
นับแต่วันที่เข้าปฏิบัติงาน)

ความเห็นแพทย์ผู้ทำการตรวจสอบสุขภาพ

นายแพทย์,แพทย์หญิง.....นามสกุล.....

ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ได้ตรวจร่างกายของ.....

ปรากฏผลดังนี้

ผลการตรวจสอบสุขภาพร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วยทุกรายการ)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ผลการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจ Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจ Urine Analysis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจ Stool Examination ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจ Complete Blood Count ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก Pap Smear (เฉพาะเพศหญิง) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การตรวจหาภูมิไวรัสตับอักเสบบี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของตับ (SGOT, SGPT, ALP) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย, นาง, นางสาว นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....

ประทับตราสถานพยาบาล