

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

เรื่อง กำหนดแบบสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด และให้นายจ้างบันทึกผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างในสมุดสุขภาพ ประจำตัวของลูกจ้างตามผลการตรวจของแพทย์ทุกครั้งที่มีการตรวจสุขภาพ นายจ้างจะจัดทำสมุดสุขภาพ ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้าง ซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓ อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ สมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงให้เป็นไปตามแบบท้าย ประกาศนี้

ข้อ ๓ กรณีนายจ้างจัดทำสมุดสุขภาพตามข้อ ๒ ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้ถือว่า นายจ้างได้จัดทำสมุดสุขภาพตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

อภิษฎา สุจริตตานนท์

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

สมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง ซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

กฎกระทรวง

กำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

พ.ศ. ๒๕๖๓

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อสถานประกอบการ.....

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด และให้นายจ้างบันทึกผลการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างในสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างตามผลการตรวจของแพทย์ทุกครั้งที่มีการตรวจสอบสุขภาพ

“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	ประเภท กิจการ	ลักษณะงานที่ทำ	ระยะเวลาที่ทำ (วัน/เดือน/ปี - วัน/เดือน/ปี)	ปัจจัยที่เสี่ยง ต่อสุขภาพ	มี/ใช้อุปกรณ์ป้องกัน อันตราย (ระบุชนิด)

ประวัติการเจ็บป่วย

๑. เคยป่วยเป็นโรคหรือมีการบาดเจ็บ

๑.๑เมื่อปี พ.ศ.

๑.๒เมื่อปี พ.ศ.

๑.๓เมื่อปี 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. ปัจจุบันมียาที่จำเป็นต้องรับประทานเป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

๗. มีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

๘. เคยสูบบุหรี่บ้างหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคยและปัจจุบันยังสูบอยู่ปริมาณ.....มวน/วัน

☐ เคยแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เคยสูบนาน.....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

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

วันที่ตรวจสุขภาพ

แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ (แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงอาชีวเวชศาสตร์/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. ตรวจสอบภาพตามปัจจัยเสี่ยงของงาน

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 หรือแพทย์
ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์/แพทย์ซึ่งผ่านการอบรม
ด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง

๒. ความเห็นของแพทย์ ต้องบ่งบอกถึงสถานะสุขภาพของลูกจ้างที่มีผลกระทบหรือเป็นอุปสรรค
ต่อการทำงานหรือลักษณะงานที่ลูกจ้างได้รับมอบหมาย

การตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงต้องประกอบด้วย การซักประวัติด้วยแบบสอบถาม การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติมตามปัจจัยเสี่ยง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ปัจจัยเสี่ยง	รายการตรวจสอบสุขภาพ
๑. สารเคมีอันตราย - ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย เช่น ตะกั่ว โทลูอิน เบนซิน แคดเมียม เป็นต้น - ทำงานสัมผัสฝุ่นแร่ เช่น ฝุ่นหิน ฝุ่นทราย เป็นต้น	- ตรวจวัดปริมาณสารเคมีในเลือด หรือปัสสาวะ หรือลมหายใจออก - เอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มมาตรฐานและตรวจสมรรถภาพปอด
๒. จุลชีวนเป็นพิษที่อาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือสารชีวภาพอื่น - ทำงานกับผู้ป่วยติดเชื้อ งานวิเคราะห์เกี่ยวกับจุลชีวน งานปศุสัตว์ เป็นต้น	- ตรวจสอบสุขภาพหาโรคติดเชื้อจากการทำงานแต่ละชนิดโดยเฉพาะ
๓. กัมมันตภาพรังสี - ทำงานเกี่ยวกับรังสี	- ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (complete Blood count) หรือตรวจหาจำนวนสเปิร์ม (ในเพศชาย)
๔. ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง - ทำงานสัมผัสเสียงดัง - ทำงานที่ต้องใช้สายตาเพ่งนานหรืองานละเอียด	- ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน - ตรวจสมรรถภาพการมองเห็น
๕. สภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของลูกจ้าง - ทำงานสัมผัสฝุ่นพิษ เช่น ฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ เป็นต้น - การยกศาสตร์	- ตรวจสมรรถภาพปอดและเอกซเรย์ปอดด้วยฟิล์มขนาดมาตรฐาน (ถ้ามีข้อบ่งชี้) - การทดสอบสมรรถภาพกล้ามเนื้อ

คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ

๑. การตรวจสุขภาพครั้งแรกภายใน ๓๐ วัน เป็นการตรวจเพื่อประโยชน์ของผู้ที่จะเข้าทำงาน และลดความเสี่ยงของโรคหรือคัดเลือกผู้มีสภาพร่างกายเหมาะสมในการทำงานนั้นๆ ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีภาวะผิดปกติบางอย่างควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าจะสามารถทำงานนั้นได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ และจะต้องดูแลสุขภาพในระหว่างการทำงานดังกล่าวอย่างไร

๒. ในระหว่างการทำงาน ลูกจ้างควรสำรวจสุขภาพของตนเองเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 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