

บัตรตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ (ประวัติทางการแพทย์)

1. ชื่อ - สกุล		2. หมายเลขบัตรประชาชน		3. วันที่ตรวจ	
4. หน่วยงานหรือสถานประกอบกิจการ		5. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้		6. อีเมลในการติดต่อ	
7. วัน เดือน ปีเกิด	8. อายุ ปี	9. เพศ	10. ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่ทำงาน		
13. ยาและขนาดที่รับประทานประจำ			11. นามหน่วยตรวจสอบสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่		
14. สถานะสุขภาพปัจจุบัน					
15. การแพ้ (ยา, สารเคมี, แมลง)			12. คุณวุฒิผู้ตรวจ		

16. ประวัติปัจจุบันและอดีต ทางทางการแพทย์ (ท่านมี เคยมี เป็น หรือเคยเป็น ดังต่อไปนี้หรือไม่)

	ใช่	ไม่		ใช่	ไม่		ใช่	ไม่
ก. โรคท่อน้ำหนวก หรือไม่สามารถปรับความดันในหู			ท. เบาหวาน			ฟ. นอนในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุใดๆ (อธิบายด้านล่าง)		
ข. โรคจากการดำน้ำ			ฒ. ความผิดปกติของผนังหัวใจและลิ้นหัวใจ			ภ. รับประทานยาใดๆ (กรอกด้านบน)		
ค. ซึมเศร้า, วิตกกังวล, กลัวที่แคบ หรือโรคจิตเวชอื่นๆ			ณ. ปัญหาการเดินผิดจังหวะของหัวใจ			ม. แพ้ยา แพ้อาหาร หรือแพ้สารใดๆ (กรอกด้านบน)		
ฉ. การผ่าตัดตา			ด. จำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ			ย. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)		
ง. สิ้นสติล้มปฏิกิริยาทุกกรณี			ต. ไม่สามารถออกกำลังกาย			ร. ต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณ)		
จ. ลมชักหรือภาวะชักอื่นๆ			ถ. ความดันโลหิตสูง			ล. ประวัติตนเองหรือคนในครอบครัวมีไขมัน ในเลือดสูง		
ฉ. อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความบกพร่อง ทางระบบประสาท			ท. ปอดแฟบ			ว. ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ หรือหลอดเลือดสมอง		
ช. โรคของสมองและไขสันหลัง			ธ. โรคหืด และปอดอุดกั้นหรือหดรัดเรื้อรัง			ศ. ประวัติคนในครอบครัวมีเบาหวาน		
ซ. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง			น. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด			ช. การติดยาแก้ปวดประสาท รวมถึงแอลกอฮอล์		
ฌ. ปัญหาเวียนศีรษะ			บ. วัณโรค			ส. การใช้สารเสพติด		
ญ. อุบัติเหตุทางศีรษะ			ป. โรคปอดอื่นๆ			ท. ปัญหาไทรอยด์		
ฎ. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย			ผ. ตั้งครรภ์ หรือขาดประจำเดือน			ฬ. ปัญหาและความผิดปกติของกระดูกและข้อ		
ฏ. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ			ฝ. การผ่าตัดใดๆ (อธิบายด้านล่าง)			อ. ประวัติป่วยเป็นโรคโควิด - 19 (COVID - 19)		
ฐ. โรคไส้เลื่อน			พ. โรคเมเร็ง					

17. อธิบายคำตอบว่า "ใช่" ในทุกช่องตามคำถามด้านบน

ข้าพเจ้าให้คำรับรองว่า คำตอบและข้อมูลด้านบนเป็นจริง ถูกต้อง และสมบูรณ์

18. ชื่อ - สกุลของผู้เข้าตรวจ	19. ลายมือชื่อ	20. วันที่
21. แพทย์ผู้ตรวจรวบรวมความบกพร่อง		
22. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ	23. ลายมือชื่อ	24. วันที่

บัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ (การตรวจทางการแพทย์)																				
25. ชื่อ - สกุล					26. หมายเลขบัตรประชาชน					27. วันที่ตรวจ										
28. การวัดต่างๆ และสิ่งที่พบอื่นๆ																				
ก. น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. BMI กก./ตร.ม.			ค. ความดันโลหิต ครั้งที่ 1/..... ครั้งที่ 2/..... ครั้งที่ 3/.....		ข. วัดสายตาระยะใกล้		จ. วัดสายตาระยะไกล		ช. การวัดเส้นรอบวง (บันทึกเป็นเซนติเมตร) รอบคอ ซม. รอบสะโพก (ชาย) ซม. รอบเอว (หญิง) ซม. รอบสะโพก (หญิง) ซม.											
					RIGHT 20/	CORR. 20/	RIGHT 20/	CORR. 20/												
					LEFT 20/	CORR. 20/	LEFT 20/	CORR. 20/												
ข. ชีพจร ครั้ง/นาที					ง. การทดสอบการมองเห็นสี <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน		ฉ. การมองภาพเห็นความลึก <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน													
29. การประเมินทางคลินิก																				
NML	ABL	NE	ภาคร่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE					ภาคร่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE					NML	ABL	NE					
			ก. HEAD, FACE, NECK, AND SCALP					ท. PROSTATE (Over 40 or clinically indicated)												
			ข. EARS-GENERAL (Internal Canals)					ฒ. TESTICULAR												
			ค. DRUMS (Perforation) (TMs move with valsalva)					ณ. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae)												
			ฉ. NOSE					ด. ENDOCRINE SYSTEM												
			ง. SINUSES					ต. G-U SYSTEM												
			จ. MOUTH AND THROAT (Including dentition)					ถ. UPPER EXTREMITIES (Strength, motor, sensory, ROM)												
			ฉ. EYES-GENERAL (Visual acuity on next page)					ท. FEET												
			ช. OPHTHALMOSCOPIC					ธ. LOWER EXTREMITIES (Except feet) (Strength, Motor, Sensory , ROM)												
			ซ. PUPILS (Equality and reaction)					น. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL												
			ฅ. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement nystagmus)					บ. SKIN, LYMPHATICS												
			ญ. LUNGS AND CHEST					ป. NEUROLOGIC												
			ฎ. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)					ผ. PSYCHIATRIC												
			ฏ. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)					ฝ. BREASTS												
			ฐ. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)					พ. PELVIC (Female only)												
ฟ. บันทึก (อธิบายความผิดปกติที่พบในรายละเอียด โดยเลือกหมายเลขข้อก่อนคำอธิบาย ใช้กระดาษเพิ่มเติมหากจำเป็น)																				
ก. บันทึกทางทันตกรรม <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ทันตแพทย์ ลายมือชื่อ ทันตแพทย์ วันที่ </div>																				
30. ผลการทดสอบ (แนบผลการตรวจ)																				
ก. การตรวจปัสสาวะ (1) Microscopic: RC = WC = (2) Protein: (3) Sugar:			ค. การตรวจค่าทางเคมีในเลือด FBS: BUN: Cr: Chol: TG: HDL-C: LDL-C: SGOT: SGPT: AP:				ช. Audiogram		HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			
									Right											
									Left											
ข. การตรวจนับเม็ดเลือด Hb/Hct : /			ฉ. ผล CHEST X-RAY:				ฉ. ผล SPIROMETRY ก่อนออกกำลังกาย หลังออกกำลังกาย FVC = ลิตร (.....%PRE) FVC = ลิตร (.....%PRE) FEV1 = ลิตร (.....%PRE) FEV1 = ลิตร (.....%PRE) FEV1/FVC =% FEV1/FVC =%													
																	ง. ผล EKG:			
																	จ. ผล Exercise Test:			
ด. Pressure Test <input type="checkbox"/> 60 Feet <input type="checkbox"/> ระบุความลึก <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน ลายมือชื่อ ผู้ควบคุมการดำ							ณ. Tympanogram : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal													
							ฏ. Sharpened Romberg Test Score =/60 +/60 +/60 +/60 =/240													
							จ. Other:													
ข. Thai CV Risk Score = จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง =																				
31. ข้อสรุปความบกพร่องและการวินิจฉัย: <input type="checkbox"/> สุขภาพไม่ขัดต่อการทำงานประดาน้ำ (Medically fit to dive) <input type="checkbox"/> สุขภาพขัดต่อการทำงานประดาน้ำ (Medically Unfit to dive) ข้อจำกัด (Restriction) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ <input type="checkbox"/> ถาวร (Permanent) <input type="checkbox"/> ชั่วคราว																				
32. คำแนะนำ																				
33. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ					34. ลายมือชื่อ					35. วันที่										