แบบฟอรมการซักประวัติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดลอม

**สวนที่ 1 สําหรับผูรับบริการ**

 **1.ขอมูลทั่วไป**

**HN**................................... ⭘ผูปวยนอก ⭘ผูปวยใน

ชื่อ-สกุล.................................................................................................... เพศ ⭘ชาย ⭘หญิง อายุ....................ป
เบอรโทรศัพท์ที่ติดตอทานไดสะดวก.............................................................................................................................
สถานประกอบการ........................................................................................... เบอร์โทร.............................................
ชื่อหัวหนางาน/ผูจัดการ................................................................ ทํางานแผนก.........................................................
หนาที่ในการทำงาน......................................................... ทํามานาน..................เดือน/ป

งานเสริม ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ.......................................................................................................................................

**ประวัติงานในอดีต**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **อาชีพ/ลักษณะงานที่ทํา** | **ระยะเวลา** | **อันตรายที่พบในงาน** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**สิ่งคุกคามที่สัมผัสจากการทำงาน**

|  |  |
| --- | --- |
| สิ่งคุกคามทางกายภาพ ( เช่น เสียงดัง ความรอน แรงสั่นสะเทือน ฯ) | ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ................................. |
| สิ่งคุกคามทางชีวภาพ ( เช่น เชื้อโรคตางๆ ) | ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ…………………………… |
| สิ่งคุกคามทางเคมี (เช่น สารเคมี ฝุนตางๆ ) | ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ…………………………… |
| **ท่าทางการทำงานไม่ถูกต้อง**-อยู่ในท่าเดียวทานกว่า 4 ชม./วัน ทำงานซ้ำตลอดวัน-ยกของหนัก>25 กก./ครั้ง | ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ……………………………⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ…………………………… |
| **จิตวิทยาการทำงาน**-ความสัมพันธ์กับนายจ้าง ⭘ ดี ⭘ไม่ดี -ความสุขในการทำงานในปัจจุบัน ⭘ มี ⭘ไม่มี-มีความรู้สึกอยากย้ายงานปัจจุบัน ⭘ มี ⭘ไม่มี | -ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน⭘ดี ⭘ไม่ดี-ค่าตอบแทน ⭘เหมาะสม ⭘ไม่เหมาะสม-มีความรู้สึกอยากลาออก ⭘ มี ⭘ไม่มี |
| สถานที่สงสัยว่าเป็นแหล่งก่อมลพิษหรือทำให้เจ็บป่วย  | ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ…………………………… |
| อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล | ⭘ไม่มี ⭘มี ระบุ…………………………… |
| การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล | ⭘ใช้ทุกครั้ง ⭘ใช้บางครั้ง ⭘ไม่ใช้ |
| มีเพื่อนร่วมงานที่มีอาการคล้ายๆกันหรือไม่  | ⭘ไม่มี ⭘มี |
| สาเหตุการป่วย ⭘จากการประกอบอาชีพ ⭘จากสิ่งแวดล้อม |
| ผลตรวจร่างกาย |  |
| LAB |  |
| CXR | ผล |
| Spirometry:ผล | Audiometry:ผล |
| Vision test | ผล |
|  |  |

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น................................................................................................................................................

โดยมีอาการ ⭘สัมพันธ์กับการทำงาน ⭘สัมพันธ์กับการทำงาน ⭘ไม่ชัดเจน

การรักษา ระบุ..............................................................................................................................................................

⭘อาชีวสุขศึกษา ⭘F/U ⭘D/C ⭘REFER ⭘ส่งCONSULT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ผู้ให้ประวัติ: | ผู้ซักประวัติ: | แพทย์ผู้ตรวจ: | วันที่: |