



โรงพยาบาลบางปะกง

142 หมู่ 3 ถนนบางนาตราด ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130

โทรศัพท์ : 038 - 531031 , 038 -531444

ใบรับรองแพทย์สำหรับการเข้าทำงานในที่สูง

ส่วนที่ 1 ของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า (ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ).....หมายเลขบัตรประชาชน/passport no

สถานที่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ หญิง ชาย ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคคลื่นหรือผนังหัวใจตีบหรือรั่วหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังหรือ โรคถุงลมโป่งพองหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 8. . ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆ หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 9. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 10. ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 11. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 12. ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 13. ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 14. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 15. ท่านเคยเป็นโรคกลัวที่แคบหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 16. ท่านเคยเป็นโรคจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 17. ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 18. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 19. ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 20. ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |

(ถ้ามีข้อใดตอบว่า “เคย” กรุณาระบุรายละเอียด)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า แก่ นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่สูงของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



โรงพยาบาลบางปะกง

142 หมู่ 3 ถนนบางนาตราด ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130

โทรศัพท์ : 038 - 531031 , 038 -531444

ใบรับรองแพทย์สำหรับการเข้าทำงานในที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลบางปะกง

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นาง/น.ส.....แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย.....กก./ม.²ความดันโลหิต..... มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ประวัติการใช้ยาประจำ ไม่มี มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ).....ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ไม่สูบ สูบ (ระบุจำนวนที่

สูบต่อวัน).....มวน

ผลการตรวจพิเศษ

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 3. น้ำตาลในเลือด (FBS) | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 5.สมรรถภาพปอด | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 6.สมรรถภาพการได้ยิน | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 7.สมรรถภาพกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |
| 8.สมรรถภาพการมองเห็น | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ)..... |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือ โรคอื่น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายหากเข้าไป ในที่
ที่สูงตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม ในการทำงานในที่
ที่สูง พ.ศ. 2563 มีความเห็นดังนี้

- สามารถเข้าทำงานในที่สูงได้ (Fit to work)
- สามารถทำงานในที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions)

(รายละเอียด).....

- ไม่สามารถเข้าทำงานในที่สูงได้ (Unfit to work)

(รายละเอียด).....

ลงชื่อ.....

แพทย์ผู้ตรวจ

ข้อควรระวัง งานในที่สูงจัดเป็นงานที่อันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ 2541

(กฎกระทรวงฉบับที่ 2 พ.ศ 2541) นายจ้างจะต้องจัดให้มีเวลาทำงานวันหนึ่งไม่เกิน 7 ชั่วโมง และเมื่อรวมเวลาทั้งสิ้นแล้วสัปดาห์หนึ่งต้องไม่เกิน 42 ชั่วโมง งานใน
ที่สูงเป็นงานที่ความเสี่ยงต่ออันตราย คนทำงานควรปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดทุกครั้งปฏิบัติงาน

