



โรงพยาบาลบางปะกง

142 หมู่ 3 ถนนบางนาตราด ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130

โทรศัพท์ : 038 - 531031 , 038 -531444

ใบรับรองแพทย์สำหรับการเข้าทำงานในที่อับอากาศ

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. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบหรือรั่วหรือไม่ | <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. ท่านเคยเป็นโรกระบบประสาทชนิดอื่นๆ 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 เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



โรงพยาบาลบางปะกง

142 หมู่ 3 ถนนบางนาตราด ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130

โทรศัพท์ : 038 - 531031 , 038 -531444

ใบรับรองแพทย์สำหรับการเข้าทำงานในที่อับอากาศ

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่.....เดือน พ.ศ.

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลบางปะกง

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

ได้ตรวจร่างกายของ.....แล้วเมื่อวันที่.....เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....ซม. คำนีมวลกาย.....กก./ม.²

ความดันโลหิต..... มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ

(ระบุ).....

ประวัติการใช้ยาประจำ ไม่มี มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ).....

ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ไม่สูบ สูบ (ระบุจำนวนที่สูบต่อวัน).....

ผลการตรวจพิเศษ

1. ภาพรังสีทรวงอก ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

2. สมรรถภาพปอด ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

5. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

6. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

7. น้ำตาลในเลือด ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือ โรคอื่น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายหากเข้าไป ในที่อับอากาศ ตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม ในการทำงาน ในที่อับอากาศ พ.ศ. 2562 มีความเห็นดังนี้

สามารถเข้าทำงานในที่อับอากาศได้ (Fit to work)

สามารถทำงานในที่อับอากาศได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions)

(รายละเอียด).....

ไม่สามารถเข้าทำงานในที่อับอากาศได้ (Unfit to work)

(รายละเอียด).....

ลงชื่อ.....

แพทย์ผู้ตรวจ

ข้อควรระวัง งานในที่อับอากาศจัดเป็นงานที่อันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ 2541 (กฎกระทรวงฉบับที่ 2 พ.ศ 2541)

นายจ้างจะต้องจัดให้มีเวลาทำงานวันหนึ่งไม่เกิน 7 ชั่วโมง และเมื่อรวมเวลาทั้งสิ้นแล้วสัปดาห์หนึ่งต้องไม่เกิน 42 ชั่วโมง งานในที่อับอากาศเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่ออันตราย คนทำงานควรปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดทุกครั้งปฏิบัติงาน

