

บัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประจำ (การตรวจทางการแพทย์)

1. ชื่อ - สกุล	2. หมายเลขบัตรประชาชน	3. วันที่ตรวจ
----------------	-----------------------	---------------

4. การวัดต่าง ๆ และสิ่งพบอื่น ๆ

5. ส่วนสูง	7. ความดันโลหิต	8. วันสายตาระยะไกล	9. วันสายตาระยะใกล้
6. น้ำหนัก		RIGHT 20/ CORR. TO 20/	RIGHT 20/ CORR. TO 20/
		LEFT 20/ CORR. TO 20/	LEFT 20/ CORR. TO 20/

10. การประเมินทางคลินิก

Nor- mal	Abnor- mal	กาเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	กาเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	Nor- mal	Abnor- mal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ก. HEAD, FACE, NECK, AND SCALP	ผ. PROSTATE (Over 40 or clinically indicated)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. EARS-GENERAL (Internal Canals)	ค. TESTICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. DRUMS (Perforation) (TMs move with valsalva)	ด. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ง. NOSE	ด. ENDOORINE SYSTEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จ. SINUSES	ท. G-U SYSTEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฉ. MOUTH AND THROAT (Including dentition)	ธ. UPPER EXTREMITIES (Strength, motor, sensory, ROM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ช. EYES-GENERAL (Visual acuity on next page)	น. FEET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ. OPHTHALMOSCOPIC	บ. LOWER EXTREMITIES (Except feet) (Strength, motor, sensory, ROM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฅ. PUPILS (Equality and reaction)	ป. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฉ. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement nystagmus)	ค. SKIN, LYMPHATICS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. LUNGS AND CHEST	ด. NEUROLOGIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)	ด. PSYCHIATRIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)	ด. BREASTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. ABDOME AND VISCERA (Include hernia)	ค. PELVIC (Female only)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

บันทึก (อธิบายความผิดปกติที่พบในรายละเอียด โดยเลือกหมายเลขข้อก่อนคำอธิบาย ใช้กระดาษเพิ่มเติม หากจำเป็น)

การวัดเส้นรอบวง (บันทึกเป็นนิ้ว) รอบคอ _____ รอบสะเอว (ชาย) _____ รอบเอว (หญิง) _____ รอบสะโพก(หญิง) _____

11. ผลการทดสอบ (แนบผลการตรวจ)

ก. การตรวจปัสสาวะ	ค. ผล SPIROMETRY	จ. ผล EKG
(1) MICROSCOPIC		
(2) PROTEIN		
(3) SUGAR	ง. ผล CHEST X-RAY	ฉ. LIPID SCREENING – Total cholesterol, HDL, LDL, VLDL, triglycerides
ข. HCT / Hb :		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div>
		ช. GLUCOSE SCREENING

12. ข้อสรุปความบกพร่องและการวินิจฉัย

13. คำแนะนำ

14. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ	15. ลายเซ็น	16. วันที่
------------------------------	-------------	------------

บัตรตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประจำ (ประวัติทางการแพทย์)									
1. ชื่อ - สกุล			2. หมายเลขบัตรประชาชน				3. วันที่ตรวจ		
4. หน่วยงานหรือสถานที่ประกอบกิจการ			5. หน่วยงาน			6. หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน			
7. วัน เดือน ปีเกิด		8. อายุ	9. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		10. ที่อยู่ทำงาน				
11. ยาและขนาดที่รับประทานประจำ			12. นามหน่วยงานตรวจสอบสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่						
13. สถานะสุขภาพปัจจุบัน									
14. การแพ้ (ยา, สารเคมี, แมลง)			15. ญาติผู้ตรวจ						
16. ประวัติปัจจุบันและอดีต ทางกรแพทย์ (ท่านมี เคยมี เป็น หรือเคยเป็น ดังต่อไปนี้หรือไม่)									
	ใช่	ไม่		ใช่	ไม่		ใช่	ไม่	
ก. ปัญหาเกี่ยวกับหู รวมถึงแก้วหูทะลุ ไม่สามารถเคลียร์หู หรือการผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. เบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฟ. นอนในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุใด ๆ (อธิบายด้านล่าง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข. โรคหลอดเลือดสมอง (DCS) หรือ ฟองแก๊สอุดตัน (AGE) หรือโรคจากการดำน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. ความผิดปกติของผนังหัวใจและ ลิ้นหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ก. รับประทานยาใด ๆ (กรอกด้านล่าง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ค. ซึมเศร้า, วิตกกังวล, กลัวที่แคบ, หรือโรคจิตเวช อื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. ปัญหาการเดินผิดจังหวะของหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ม. แพ้อาหาร สารใด ๆ (กรอกด้านล่าง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ง. การผ่าตัดตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. จำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ย. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
จ. สิ้นสติสัมปชัญญะทุกกรณี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. ไม่สามารถออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ร. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ฉ. ลมชักหรือภาวะชักอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท. ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ล. ประวัติครอบครัวมีโรคหลอดเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ช. อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความบกพร่อง ทางระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท. ปอดแฟบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ว. ประวัติครอบครัวโรคหัวใจหรือโรคเส้นเลือดสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ซ. โรคทางระบบประสาทที่กลับซ้ำหรือกำเริบได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น. หอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. ประวัติครอบครัวมีเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ฌ. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	บ. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการ ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. การติดยากดประสาท รวมแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ฉ. ปัญหาเวียนศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ป. วัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ส. การใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ค. ภูมิแพ้ทางผิวหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผ. โรคปอดอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ห. ปัญหาไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ค. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฝ. คังครรภ์ หรือจากประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท. ความผิดปกติของกระดูกและข้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ค. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พ. การผ่าตัดใด ๆ (อธิบายด้านล่าง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อ. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อต่อ รวมทั้ง ความพิการอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. อธิบายคำตอบว่า "ใช่" ในทุกช่องตามคำถามด้านบน									
ข้าพเจ้าให้คำรับรองว่า คำตอบและข้อมูลด้านบน เป็นจริง ถูกต้อง และสมบูรณ์									
18. ชื่อ - สกุล ของผู้เข้าตรวจ			19. ลายเซ็น				20. วันที่		
21. แพทย์ผู้ตรวจรวบรวมความบกพร่อง									
22. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ			23. ลายเซ็น				24. วันที่		