

## ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

เรื่อง หลักเกณฑ์การตรวจสอบสุขภาพและจัดทำบัตรตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ

พ.ศ. ๒๕๕๓

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำได้รับการตรวจสอบสุขภาพตามกำหนดระยะเวลา และจัดทำ บัตรตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างไว้ ตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๔๘ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ ของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครอง แรงงาน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง หลักเกณฑ์ การตรวจสอบสุขภาพและจัดทำบัตรตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๕๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพโดยแพทย์ เวชศาสตร์ใต้น้ำ หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ ตามกำหนดระยะเวลา ดังนี้

(๑) ก่อนให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ

(๒) ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะ อย่างน้อยปีละครั้ง

(๓) ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง สำหรับลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำที่มีอายุ ตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป

(๔) เมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยจากการทำงานประดาน้ำ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นที่แพทย์สั่งให้ ลูกจ้างหยุดงานตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ ตามข้อ ๓ หากพบความผิดปกติ ในร่างกายของลูกจ้างหรือลูกจ้างเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ ให้นายจ้างปฏิบัติ ดังนี้

๔.๑ ไม่ให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ

๔.๒ ให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที

ข้อ ๕ นายจ้างต้องจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อลูกจ้างผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยมิชักช้าในกรณีเกิดอันตรายจากการทำงานประดาน้ำ

ข้อ ๖ ให้นายจ้างจัดทำบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้าง โดยมีรายละเอียดตามแนบท้ายประกาศนี้ และเก็บบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างไว้ในสถานประกอบกิจการพร้อมให้พนักงานตรวจแรงงานตรวจสอบได้ตลอดเวลา

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

อัมพร นิติศิริ

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

**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	ภาคร่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	ภาคร่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	Nor mal	Abnor- mal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ก. HEAD, FACE, NECK, AND SCALP	ฉ. 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	ถ. 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)	ฑ. 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)	ณ. 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"/>	ด. PUPILS (Equality and reaction)	ป. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement nystagmus)	ผ. SKIN, LYMPHATICS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. LUNGS AND CHEST	ฝ. NEUROLOGIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)	พ. PSYCHIATRIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)	พ. BREASTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. ABDOME AND VISCERA (Include hernia)	ภ. PELVIC (Female only)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

บันทึก (อธิบายความผิดปกติที่พบในรายละเอียด โดยเลือกหมายเลขข้อก่อนคำอธิบาย ใช้กระดาษเพิ่มเติม หากจำเป็น)

การวัดเส้นรอบวง (บันทึกเป็นนิ้ว)      รอบคอ \_\_\_\_\_      รอบสะตือ (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 <input style="width:100px;" type="text"/>
ข. HCT / Hb :		

12. ข้อสรุปความบกพร่องและการวินิจฉัย

13. คำแนะนำ

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

บัตรตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประจำ (ประวัติทางการแพทย์)													
1. ชื่อ – สกุล			2. หมายเลขบัตรประชาชน				3. วันที่ตรวจ						
4. หน่วยงานหรือสถานที่ประกอบกิจการ			5. หน่วยงานน้ำ				6. หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน						
7. วัน เดือน ปีเกิด		8. อายุ	9. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		10. ที่อยู่ทำงาน								
11. ยาและขนาดที่รับประทานประจำ			12. นามหน่วยตรวจสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่										
13. สถานะสุขภาพปัจจุบัน													
14. การแพ้ (ยา , สารเคมี , แมลง)													
15. คุณวุฒิผู้ตรวจ													
16. ประวัติปัจจุบันและอดีต ทางการแพทย์ (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. โรคหลอดเลือดความกดอากาศ (DCS) หรือ ฟองแก๊สอุดตัน (AGE) หรือโรคจากการดำน้ำ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. ความผิดปกติของผนังหัวใจและลิ้นหัวใจ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ก. รับประทานยาใด ๆ (กรอกด้านล่าง)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. ซึมเศร้า, วิตกกังวล, กลัวที่แคบ, หรือโรคจิตเวชอื่น ๆ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. ปัญหาการเต้นผิดปกติของหัวใจ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ม. แพ้ยา อาหาร สารใด ๆ (กรอกด้านล่าง)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. การผ่าตัดตา			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จ. จำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. ลื่นลื่นสัมผัสขณะทำงาน			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฉ. ไม่สามารถออกกำลังกาย			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. ลมชักหรือภาวะชักอื่น ๆ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ต. ความดันโลหิตสูง			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. ประวัติครอบครัวมีโรคหลอดเลือดสูง		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความบกพร่องทางระบบประสาท			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. ปอดแฟบ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ง. ประวัติครอบครัวโรคหัวใจหรือโรคเส้นเลือดสมอง		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซ. โรคทางระบบประสาทที่กลับซ้ำหรือกำเริบได้			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. หอบหืด					จ. ประวัติครอบครัวมีเบาหวาน			
ค. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง					ด. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. การติดต่อกับโรคติดต่อรวมแอลกอฮอล์		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ปัญหาหัวใจเวียนศีรษะ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. วัณโรค			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. การใช้สารเสพติด			
จ. อุบัติเหตุทางศีรษะ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. โรคปอดอื่น ๆ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ง. ปัญหาไต		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. ตั้งครรภ์ หรือขาดประจำเดือน			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จ. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อต่อ รวมทั้งความพิการอื่น ๆ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือด			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ด. การผ่าตัดใด ๆ (อธิบายด้านล่าง)			<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						