

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

เรื่อง หลักเกณฑ์การตรวจสุขภาพและจัดทำบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ

พ.ศ. ๒๕๕๓

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำได้รับการตรวจสุขภาพตามกำหนดระยะเวลา และจัดทำบัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างไว้ ตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๔๘ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง หลักเกณฑ์การตรวจสุขภาพและจัดทำบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๕๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ เข้ารับการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ ตามกำหนดระยะเวลา ดังนี้

(๑) ก่อนให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ

(๒) ตรวจสุขภาพเป็นระยะ อย่างน้อยปีละครั้ง

(๓) ตรวจสุขภาพเป็นระยะอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง สำหรับลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำที่มีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป

(๔) เมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยจากการทำงานประดาน้ำ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นที่แพทย์สั่งให้ลูกจ้างหยุดงานตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป

ข้อ ๔ ในการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ ตามข้อ ๓ หากพบความผิดปกติในร่างกายของลูกจ้างหรือลูกจ้างเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ ให้นายจ้างปฏิบัติดังนี้

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	กาเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE			กาเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE			Nor- mal	Abnor- mal
☐	☐	ก. HEAD, FACE, NECK, AND SCALP			ฉ. PROSTATE (Over 40 or clinically indicated)			☐	☐
☐	☐	ข. EARS-GENERAL (Internal Canals)			ค. TESTICULAR			☐	☐
☐	☐	ก. DRUMS (Perforation) (TMs move with valsalva)			ด. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae)			☐	☐
☐	☐	ง. NOSE			ฉ. ENDOORINE SYSTEM			☐	☐
☐	☐	จ. SINUSES			ท. G-U SYSTEM			☐	☐
☐	☐	ฉ. MOUTH AND THROAT (Including dentition)			ธ. UPPER EXTREMITIES (Strength, motor, sensory, ROM)			☐	☐
☐	☐	ซ. EYES-GENERAL (Visual acuity on next page)			น. FEET			☐	☐
☐	☐	ช. OPHTHALMOSCOPIC			บ. LOWER EXTREMITIES (Except feet) (Strength, motor, sensory, ROM)			☐	☐
☐	☐	ฉ. PUPILS (Equality and reaction)			ป. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL			☐	☐
☐	☐	ญ. OCULAR MOTLITY (Associated parallel movement nystagmus)			ผ. SKIN, LYMPHATICS			☐	☐
☐	☐	ฎ. LUNGS AND CHEST			ฝ. NEUROLOGIC			☐	☐
☐	☐	ฏ. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)			พ. PSYCHIATRIC			☐	☐
☐	☐	ฐ. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)			ฟ. BREASTS			☐	☐
☐	☐	ท. ABDOME AND VISCERA (Include hernia)			ภ. PELVIC (Female only)			☐	☐
บันทึก (อธิบายความผิดปกติที่พบในรายละเอียด โดยเลือกหมายเลขข้อก่อนคำอธิบาย ใช้กระดาดเพิ่มเติม หากจำเป็น)									
การวัดเส้นรอบวง (บันทึกเป็นนิ้ว) รอบคอ รอบสะเอว (ชาย) รอบเอว (หญิง) รอบสะโพก(หญิง)									
11. ผลการทดสอบ (แนบผลการตรวจ)									
ก. การตรวจปัสสาวะ		ค. ผล SPIROMETRY			จ. ผล EKG				
(1) MICROSOCOPIC									
(2) PROTEIN									
(3) SUGAR		ง. ผล CHEST X-RAY			ฉ. LIPID SCREENING – Total cholesterol, HDL, LDL, VLDL, triglycerides				
ข. HCT / Hb :									
					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 ☐ ชาย ☐ หญิง	10. ที่อยู่ทำงาน					
11. ยาและขนาดที่รับประทานประจำ			12. นามหน่วยตรวจสอบสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่						
13. สถานะสุขภาพปัจจุบัน									
14. การแพ้ (ยา , สารเคมี , แมลง)									
			15. อนุญาตผู้ตรวจ						
16. ประวัติปัจจุบันและอดีต ทางทางการแพทย์ (ท่านมี เคยมี เป็น หรือเคยเป็น ดังต่อไปนี้หรือไม่)									
	ใช่	ไม่		ใช่	ไม่		ใช่	ไม่	
ก. ปัญหาเกี่ยวกับหู รวมถึงแก้วหูทะลุ ไม่สามารถเคลียร์หู หรือการผ่าตัด	☐	☐	ข. เบาหวาน	☐	☐	ฟ. นอนในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุใด ๆ (อธิบายด้านล่าง)	☐	☐	
ข. โรคหลอดเลือดความกดอากาศ (DCS) หรือ ฟองแก๊สอุดตัน (AGE) หรือโรคจากการดำน้ำ	☐	☐	ฉ. ความผิดปกติของผนังหัวใจและ ลิ้นหัวใจ	☐	☐	ก. รับประทานยาใด ๆ (กรอกด้านล่าง)	☐	☐	
ค. ซึมเศร้า, วิตกกังวล, กลัวที่แคบ, หรือโรคจิตเวช อื่น ๆ	☐	☐	ค. ปัญหาการเดินผิดจังหวะของหัวใจ	☐	☐	ม. แพ้ยา อาหาร สารใด ๆ (กรอกด้านล่าง)	☐	☐	
ง. การผ่าตัดตา	☐	☐	ด. จำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ	☐	☐	ข. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)	☐	☐	
จ. เส้นสัดสัมปัญญะทุกกรณี	☐	☐	ด. ไม่สามารถออกกำลังกาย	☐	☐	ร. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณ)	☐	☐	
ฉ. ลมชักหรือภาวะชักอื่น ๆ	☐	☐	ท. ความดันโลหิตสูง	☐	☐	ล. ประวัติครอบครัวมีโรคหลอดเลือดสูง	☐	☐	
ช. อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความบกพร่อง ทางระบบประสาท	☐	☐	ธ. ปอดแฟบ	☐	☐	ว. ประวัติครอบครัวโรคหัวใจหรือโรคเส้นเลือดสมอง	☐	☐	
			น. หอบหืด			ศ. ประวัติครอบครัวมีเบาหวาน			
ซ. โรคทางระบบประสาทที่กลืนข้าวหรือกำเริบได้	☐	☐	บ. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการ ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด	☐	☐	ษ. การติดยาแก้ลมประสาท รวมแอลกอฮอล์	☐	☐	
ฌ. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง						ส. การใช้สารเสพติด			
ญ. ปัญหาเวียนศีรษะ	☐	☐	ป. วันโรค	☐	☐	ห. ปัญหาไทรอยด์	☐	☐	
ฎ. อุบัติเหตุทางศีรษะ	☐	☐	ผ. โรคปอดอื่น ๆ	☐	☐	พ. ความผิดปกติของกระดูกและข้อ	☐	☐	
ฏ. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย	☐	☐	ฝ. ตั้งครรภ์ หรือขาดประจำเดือน	☐	☐	อ. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อต่อ รวมทั้ง ความพิการอื่น ๆ	☐	☐	
ฐ. โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือด	☐	☐	พ. การผ่าตัดใด ๆ (อธิบายด้านล่าง)	☐	☐				
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		