

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง หลักเกณฑ์การตรวจสุขภาพและการจัดทำบัตรตรวจสุขภาพ ของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๕๓



โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำได้รับการตรวจสุขภาพตามกำหนดระยะเวลา และจัดทำบัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างไว้ ตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๔๘ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับ มาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำเข้ารับการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ ตามกำหนดระยะเวลา ดังนี้

- (๑) ก่อนให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ
- (๒) ตรวจสุขภาพเป็นระยะ อย่างน้อยปีละครั้ง
- (๓) ตรวจสุขภาพเป็นระยะอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง สำหรับลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำที่มีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป

(๔) เมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยจากการทำงานประดาน้ำ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นที่แพทย์สั่งให้ลูกจ้างหยุดงานตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป

ข้อ ๔ ในการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำตามข้อ ๓ หากพบความผิดปกติในร่างกายของลูกจ้างหรือลูกจ้างเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ ให้ นายจ้างปฏิบัติ ดังนี้

๔.๑ ไม่ให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ

๔.๒ ให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที

ข้อ ๕ นายจ้างต้องจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อลูกจ้างผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยมีชกซ์ในกรณีเกิดอันตรายจากการทำงานประดาน้ำ

ข้อ ๖ ให้นายจ้างจัดทำบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้าง โดยมีรายละเอียดตามแนบท้ายประกาศนี้ และเก็บบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างไว้ในสถานประกอบกิจการพร้อมให้พนักงานตรวจแรงงานตรวจสอบได้ตลอดเวลา

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

อัมพร นิตสิริ

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

รายละเอียดบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างแบบท้ายประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

บัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประจำ (การตรวจทางการแพทย์)					
1. ชื่อ - สกุล		2. หมายเลขบัตรประชาชน		3. วันที่ตรวจ	
4. การวัดค่าต่างๆ 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	ภาคีเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	ภาคีเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	Nor- mal	Abnor- mal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ก. HEAD, FACE, NECK, AND SCALP	ข. 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	ก. G-U SYSTEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฉ. MOUTH AND THROAT (Including dentition)	ข. 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)	ค. FEET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ช. OPHTHALMOSCOPIC	ค. 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)	ค. 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	ค. NEUROLOGIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)	ค. PSYCHIATRIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ค. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)	ค. 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 _____ รอบสะโพก (ชาย) _____ รอบเอว (หญิง) _____ รอบสะโพก(หญิง) _____					
11. ผลการทดสอบ (แนบผลการตรวจ)					
ก. การตรวจปัสสาวะ		ค. ผล SPIROMETRY		จ. ผล EKG	
(1) MICROSCOPIC		ง. ผล CHEST X-RAY		ฉ. LIPID SCREENING – Total cholesterol, HDL, LDL, VLDL, triglycerides	
(2) PROTEIN					
(3) SUGAR				<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
ข. HCT / Hb :				ช. GLUCOSE SCREENING <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
12. ข้อสรุปความบกพร่องและการวินิจฉัย					
13. คำแนะนำ					
14. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ		15. ลายเซ็น		16. วันที่	

รายละเอียดบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างแบบท้ายประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

บัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประจำ (ประวัติทางการแพทย์)									
1. ชื่อ - สกุล			2. หมายเลขบัตรประชาชน				3. วันที่ตรวจ		
4. หน่วยงานหรือสถานที่ประกอบกิจการ			5. หน่วยค่าน้ำ			6. หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน			
7. วัน เดือน ปีเกิด		8. อายุ	9. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		10. ที่อยู่ทำงาน				
11. ชื่อนามสกุลที่รับประทานประจำ			12. นามหน่วยตรวจสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่						
13. สถานะสุขภาพปัจจุบัน			15. คุณวุฒิผู้ตรวจ						
14. การแพ้ (ยา , สารเคมี , แมลง)									
16. ประวัติปัจจุบันและอดีตทางการแพทย์ (ท่านมี เคยมี เป็น หรือเคยเป็น ดังต่อไปนี้หรือไม่)									
	ใช่	ไม่		ใช่	ไม่		ใช่	ไม่	
ก. ปัญหาเกี่ยวกับหู รวมถึงแก้วหูทะลุ ไม่สามารถเคลียร์หู หรือการผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จ. 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"/>	ฉ. 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"/>	ค. ปัญหาการเดินผิดจังหวะของหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข. แพ้ยา อาหาร 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"/>	ข. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
จ. เส้นสติสัมปชัญญะทุกกรณี	<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"/>	ด. 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"/>	ธ. ปอดแฟบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ว. ประวัติครอบครัวโรคหัวใจหรือโรคเส้นเลือดสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ซ. โรคทางระบบประสาทที่กลับซ้ำหรือกำเริบได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	บ. หอบหืด			ศ. ประวัติครอบครัวมีเบาหวาน			
ฌ. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง			บ. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการ ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น. การคิดขาดต่อมประสาท รวมแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ญ. ปัญหาวิงเวียนศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ป. วัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ส. การใช้สารเสพติด			
ฎ. อุบัติเหตุทางศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผ. โรคปอดอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท. ปัญหาไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ฏ. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฝ. โรคปอดอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฑ. ความผิดปกติของกระดูกและข้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ฐ. โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผ. ตั้งครรภ์ หรือขาดประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อ. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อต่อ รวมทั้ง ความพิการอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท. การผ่าตัดใด ๆ (อธิบายด้านล่าง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. อธิบายคำตอบว่า "ใช่" ในทุกช่องตามคำถามด้านบน									
ข้าพเจ้าให้คำรับรองว่า คำตอบและข้อมูลด้านบน เป็นจริง ถูกต้อง และสมบูรณ์									
18. ชื่อ - สกุล ของผู้เข้าตรวจ			19. ตาเขียน				20. วันที่		
21. แพทย์ผู้ตรวจรวบรวมความบกพร่อง									
22. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ			23. ตาเขียน				24. วันที่		