

# บริษัท เซฟสิริ (ประเทศไทย) จำกัด

ขอมอบวุฒิบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

With this certificate, here to certifies that

**นายทศพล แก้วฉาย**

ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร

has completed the training program, namely

**ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานบนที่สูง**

Working at Heights

PERIOD OF TRAINING 6 HRS.

DATE 02/08/2566



MR. PRAWIT TEPSONGKROH  
(MANAGING DIRECTOR)

# บริษัท เซฟสิริ (ประเทศไทย) จำกัด

ขอมอบวุฒิบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

With this certificate, here to certifies that

**นายภาณุวัฒน์ พสุมนต์เดโช**

ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร

has completed the training program, namely

**ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานบนที่สูง**

Working at Heights

PERIOD OF TRAINING 6 HRS.

DATE 02/08/2566



MR. PRAWIT TEPSONGKROH  
(MANAGING DIRECTOR)

# บริษัท เซฟสิริ (ประเทศไทย) จำกัด

ขอมอบวุฒิบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

With this certificate, here to certifies that

**นายปรเมศ วรรณสุทธะ**

ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร

has completed the training program, namely

**ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานบนที่สูง**

Working at Heights

PERIOD OF TRAINING 6 HRS.

DATE 02/08/2566



MR. PRAWIT TEPSONGKROH  
(MANAGING DIRECTOR)

# บริษัท เซฟสิริ (ประเทศไทย) จำกัด

ขอมอบวุฒิบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

With this certificate, here to certifies that

**นายสมคิด เกลี้ยงกมล**

ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร

has completed the training program, namely

**ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานบนที่สูง**

Working at Heights

PERIOD OF TRAINING 6 HRS.

DATE 02/08/2566



MR. PRAWIT TEPSONGKROH  
(MANAGING DIRECTOR)

# บริษัท เซฟสิริ (ประเทศไทย) จำกัด

ขอมอบวุฒิบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

With this certificate, here to certifies that

**นายลัทธพล นิยมญาติ**

ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร

has completed the training program, namely

**ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานบนที่สูง**

Working at Heights

PERIOD OF TRAINING 6 HRS.

DATE 02/08/2566



MR. PRAWIT TEPSONGKROH  
(MANAGING DIRECTOR)

## ใบรับรองแพทย์ สำหรับการทำงานบนที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ 29-10-2568

ข้าพเจ้า นพ./พญ. พญ.บุปผา สมานชาติ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 2.5086

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย ปรีเมศ วรรณสุทธะ

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) 29-10-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนักตัว 83.20 กก. ความสูง 177.00 ซม. ดัชนีมวลกาย 26.56 กก./ม<sup>2</sup>

ความดันโลหิต 136 / 84 มม.ปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ) .....

ประวัติการใช้ยาประจำ  ไม่มี  มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ) .....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน  ไม่ดื่ม  ดื่ม (ระบุความถี่ที่ดื่ม) ไม่ดื่ม

### ผลการตรวจพิเศษ

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก  | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>1</u>                                  |
| 2. สมรรถภาพปอด   | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ค่าต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย</u> |
| 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด                               | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 5. วิเคราะห์ปัสสาวะ                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 6. ผลตรวจเลือดการทำงานของตับและไต                        | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 7. ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด                          | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 8. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล                             | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ค่า 20/20</u>               |
| 9. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 10. ความผิดปกติของรูปร่างลำตัว,มือ,แขน,ขา                | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 11. กำลังกล้ามเนื้อในการกำมือ(ตรวจโดยแพทย์)              | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ต่ำ</u>                     |
| 12. กำลังกล้ามเนื้อแขน (ตรวจโดยแพทย์)                    | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 13. กำลังกล้ามเนื้อขา (ตรวจโดยแพทย์)                     | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |
| 14. การทรงตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ตรวจโดยแพทย์) | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                     |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายหากทำงานบนที่สูงแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Fit to work)
- สามารถทำงานบนที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions or cautions)  
(รายละเอียด) .....
- ไม่สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Unfit to work)  
(รายละเอียด) .....

ลงชื่อ..... พญ.บุปผา สมานชาติ  
แพทย์ผู้ตรวจ

ข้อควรระวัง งานบนที่สูงจัดเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย นายจ้างจะต้องจัดมาตรการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกจากที่สูงโดยผู้จ้าง ในเดือนก่อนเข้างาน และเข้าวันก่อนทำงาน ลูกจ้างไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นไปทำงานบนที่สูงโดยเด็ดขาด แรงงานหญิงห้ามทำงานบนแท่นที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 30 เมตร ขึ้นไปตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551



91 ม.1 ถ.เฉลิมพงษ์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
โทร. 02-991-8999 โทรสาร 02-563-5222  
91 MOO 1 CHALOEM PHONG ROAD SAIMAI BANGKOK 10220  
TEL 02-991-8999 FAX 02-563-5222  
E-mail : info\_smh@cgh.co.th Website : www.cgh.co.th

Visit Date : 29/10/2568 HN : 19257/67 AN :  
Name : นาย ประเมต วรรณสุทธะ Age : 24.2.14  
Date of birth : 15/08/2544 Contract : Contract  
Ward : -0 Department : Health Checkup  
Physician's Name :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย ประเมต วรรณสุทธะ

เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง 1479900498326

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบรั่วหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 9.. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 10..ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 11..ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 12..ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่                                     | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 13..ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่                              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 14..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่                         | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 15..ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 16..ท่านเคยเป็นโรคจิตเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่                           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 17..ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 18..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 19..ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 20..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์หรือไม่                              | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์      | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์      |
| 21..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ประจำเดือนของท่านคือเมื่อใด                             |  |   |
| 22..ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย            | <input checked="" type="checkbox"/> เคย |

(ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด) โรคหัวใจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า  
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ประเมต วรรณสุทธะ  
ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



Patient's name นาย ประเมต วรรณสุทธะ		Age 24.2.14	Ward -0	Department Health Checkup Clinic
HN 19257/67	AN ...	Attending M.D. ...	Contract : Contract	

## ใบรับรองแพทย์ สำหรับการทำงานบนที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ 29-10-2568

ข้าพเจ้า นพ./พญ. พญ.บุปผา สมานชาติ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 3.5086

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย ทศพล แก้วฉาย

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) 29-10-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนักตัว 61.30 กก. ความสูง 160.00 ซม. ดัชนีมวลกาย 23.95 กก./ม<sup>2</sup>

ความดันโลหิต 130 / 74 มม.ปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ

(ระบบ) .....

ประวัติการไชยาประจำ  ไม่มี  มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ) .....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน  ไม่ดื่ม  ดื่ม (ระบุความถี่ที่ดื่ม) .....

### ผลการตรวจพิเศษ

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก  | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 2. สมรรถภาพปอด   | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ต่ำกว่าเกณฑ์ เลาน้อย.</u> |
| 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด                               | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 5. วิเคราะห์ปัสสาวะ                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 6. ผลตรวจเลือดดูการทำงานของตับและไต                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 7. ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด                          | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 8. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 9. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 10. ความผิดปกติของรูปร่างลำตัว,มือ,แขน,ขา                | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 11. กำลังกล้ามเนื้อในการกำมือ(ตรวจโดยแพทย์)              | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 12. กำลังกล้ามเนื้อแขน (ตรวจโดยแพทย์)                    | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 13. กำลังกล้ามเนื้อขา (ตรวจโดยแพทย์)                     | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |
| 14. การทรงตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ตรวจโดยแพทย์) | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                   |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายหากทำงานบนที่สูงแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Fit to work)
- สามารถทำงานบนที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions or cautions)  
(รายละเอียด) .....
- ไม่สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Unfit to work)  
(รายละเอียด) .....

ลงชื่อ พญ.บุปผา สมานชาติ  
แพทย์ผู้ตรวจ



ข้อควรระวัง งานบนที่สูงจัดเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย นายจ้างจะต้องจัดการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกจากที่สูงให้ลูกจ้าง ในเดือนก่อนทำงาน และเข้าวันก่อนทำงาน ลูกจ้างไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นไปทำงานบนที่สูงโดยเด็ดขาด แรงงานหญิงห้ามทำงานบนนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไปตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

91 ม.1 ถ.เฉลิมพงษ์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
โทร. 02-991-8999 โทรสาร 02-563-5222  
91 MOO 1 CHALOEM PHONG ROAD SAIMAI BANGKOK 10220  
TEL 02-991-8999 FAX 02-563-5222  
E-mail : info\_smh@cgh.co.th Website : www.cgh.co.th

Visit Date : 29/10/2568 HN : 2466/59 AN :  
Name : นาย ทศพล แก้วฉาย Age : 32.1.27  
Date of birth : 02/09/2536 Contract : Contract  
Ward : -0 Department : Health Checkup  
Physician's Name :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย ทศพล แก้วฉาย  
เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง 1320500212967

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคลิ้นหรือผนังหัวใจตีบรั่วหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 9.. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 10..ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 11..ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 12..ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่                                     | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 13..ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่                              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 14..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่                         | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 15..ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 16..ท่านเคยเป็นโรคจิตเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่                           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 17..ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 18..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 19..ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 20..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่                          | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์      | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ |
| 21..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ประจำเดือนของท่านคือเมื่อใด                             |  |                                    |
| 22..ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
- (ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า  
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ทศพล แก้วฉาย

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



Patient's name นาย ทศพล แก้วฉาย		Age 32.1.27	Ward -0	Department Health Checkup Clinic
HN 2466/59	AN	Attending M.D. ...		Contract : Contract

## ใบรับรองแพทย์ สำหรับการทำงานบนที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ 29-10-2568

ข้าพเจ้า นพ./พญ. พญ.บุปผา สมานชาติใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 3.5086

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย สุกฤษฏ์ ผิวผ่อง

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) 29-10-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนักตัว 70.00 กก. ความสูง 170.00 ซม. ดัชนีมวลกาย 24.22 กก./ม<sup>2</sup>

ความดันโลหิต 130 / 77 มม.ปรอท ชีพจร 79 ครั้ง/นาที  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ) .....

ประวัติการใช้ยาประจำ  ไม่มี  มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ) .....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน  ไม่ดื่ม  ดื่ม (ระบุความถี่ที่ดื่ม) พอร์วันอาทิตย์ 3 ครั้ง

### ผลการตรวจพิเศษ

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก  | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 2. สมรรถภาพปอด   | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด                               | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 5. วิเคราะห์ปัสสาวะ                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 6. ผลตรวจเลือดดูการทำงานของตับและไต                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 7. ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด                          | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 8. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล                             | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>สายตาสั้น</u> |
| 9. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 10. ความผิดปกติของรูปร่างลำตัว,มือ,แขน,ขา                | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 11. กำลังกล้ามเนื้อในการกำมือ(ตรวจโดยแพทย์)              | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 12. กำลังกล้ามเนื้อแขน (ตรวจโดยแพทย์)                    | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 13. กำลังกล้ามเนื้อขา (ตรวจโดยแพทย์)                     | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |
| 14. การทรงตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ตรวจโดยแพทย์) | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                       |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายหากทำงานบนที่สูงแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Fit to work)
- สามารถทำงานบนที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions or cautions)  
(รายละเอียด) .....

- ไม่สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Unfit to work)  
(รายละเอียด) .....

ลงชื่อ .....

แพทย์ผู้ตรวจ พญ.บุปผา สมานชาติ 3.5086



ข้อควรระวัง งานบนที่สูงจัดเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย นายจ้างจะต้องจัดมาตรการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกจากที่สูงให้กับลูกจ้าง ในเดือนก่อนทำงาน และเข้าวันก่อนทำงาน ลูกจ้างไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นไปทำงานบนที่สูงโดยเด็ดขาด แรงงานหญิงห้ามทำงานบนนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไปตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

91 ม.1 ถ.เฉลิมพงษ์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
โทร. 02-991-8999 โทรสาร 02-563-5222  
91 MOO 1 CHALOEM PHONG ROAD SAIMAI BANGKOK 10220  
TEL 02-991-8999 FAX 02-563-5222  
E-mail : info\_smh@cgh.co.th Website : www.cgh.co.th

Visit Date : 29/10/2568 HN : 12484/68 AN :  
Name : นาย สุกฤษฎ์ ผิวผ่อง Age : 31.5.17  
Date of birth : 12/05/2537 Contract : Contract  
Ward : -0 Department : Health Checkup  
Physician's Name :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย สุกฤษฎ์ ผิวผ่อง  
เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง 1270400006231

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบรั่วหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 9.. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 10..ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 11..ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 12..ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่                                     | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 13..ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่                              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 14..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่                         | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 15..ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 16..ท่านเคยเป็นโรคจิตเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่                           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 17..ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 18..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 19..ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 20..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่                          | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์      | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ |
| 21..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ประจำเดือนของท่านคือเมื่อใด                             |  |                                    |
| 22..ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |

(ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า  
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ สีกฤษฎ์ ผิวผ่อง

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



Patient's name นาย สุกฤษฎ์ ผิวผ่อง		Age 31.5.17	Ward -0	Department Health Checkup Clinic
HN 12484/68	AN ...	Attending M.D. ...	Contract : Contract	

## ใบรับรองแพทย์ สำหรับการทำงานบนที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ 29-10-2568

ข้าพเจ้า นพ./พญ. พญ.บุปผา สมานชาติ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 3.5086

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย ภาณุวัฒน์ พสมนัตเดโช

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) 29-10-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนักตัว 81.90 กก. ความสูง 172.00 ซม. ดัชนีมวลกาย 27.68 กก./ม<sup>2</sup>

ความดันโลหิต 127 / 85 มม.ปรอท ชีพจร 81 ครั้ง/นาที  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ) .....

ประวัติการใช้ยาประจำ  ไม่มี  มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ) .....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน  ไม่ดื่ม  ดื่ม (ระบุความถี่ที่ดื่ม) ไม่ดื่ม

### ผลการตรวจพิเศษ

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก  | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>1</u>                                   |
| 2. สมรรถภาพปอด   | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>หักอก/กระดูกซี่โครง</u>      |
| 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด                               | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>โพแทสเซียมต่ำ 2.5 mmol/L</u> |
| 5. วิเคราะห์ปัสสาวะ                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 6. ผลตรวจเลือดดูการทำงานของตับและไต                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 7. ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด                          | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 8. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 9. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 10. ความผิดปกติของรูปร่างลำตัว,มือ,แขน,ขา                | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 11. กำลังกล้ามเนื้อในการกำมือ(ตรวจโดยแพทย์)              | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 12. กำลังกล้ามเนื้อแขน (ตรวจโดยแพทย์)                    | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 13. กำลังกล้ามเนื้อขา (ตรวจโดยแพทย์)                     | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 14. การทรงตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ตรวจโดยแพทย์) | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายหากทำงานบนที่สูงแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Fit to work)
- สามารถทำงานบนที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions or cautions)

(รายละเอียด) .....

- ไม่สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Unfit to work)
- (รายละเอียด) .....

ลงชื่อ พญ.บุปผา สมานชาติ แพทย์ผู้ตรวจ

ว. 3.5086

ข้อควรระวัง งานบนที่สูงจัดเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย นายจ้างจะต้องจัดมาตรการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกจากที่สูงให้กับลูกจ้าง ในตัววันก่อนทำงาน และเข้าวันก่อนทำงาน ลูกจ้างไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นไปทำงานบนที่สูง โดยเด็ดขาด แรงงานหญิงห้ามทำงานบนแท่นที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตร ขึ้นไปตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

91 ม.1 ถ.เฉลิมพงษ์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
โทร. 02-991-8999 โทรสาร 02-563-5222  
91 MOO 1 CHALOEM PHONG ROAD SAIMAI BANGKOK 10220  
TEL 02-991-8999 FAX 02-563-5222  
E-mail : info\_smh@cgh.co.th Website : www.cgh.co.th

Visit Date : 29/10/2568 HN : 7202/67 AN :  
Name : นาย ภาณุวัฒน์ พสมนต์เดโช Age : 37.1.3  
Date of birth : 26/09/2531 Contract : Contract  
Ward : -0 Department : Health Checkup  
Physician's Name :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย ภาณุวัฒน์ พสมนต์เดโช  
เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง 1620200044179

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบรั่วหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 9.. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 10..ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 11..ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 12..ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่                                     | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 13..ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่                              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 14..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่                         | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 15..ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 16..ท่านเคยเป็นโรคจิตเช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 17..ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 18..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 19..ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |
| 20..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่                          | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์      | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ |
| 21..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ประจำเดือนของท่านคือเมื่อใด                             | _____                                      |                                    |
| 22..ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย       |

(ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า  
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ นาย ภาณุวัฒน์ พสมนต์เดโช  
ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



Patient's name นาย ภาณุวัฒน์ พสมนต์เดโช		Age 37.1.3	Ward -0	Department Health Checkup Clinic
HN 7202/67	AN	Attending M.D. ...	Contract : Contract	

## ใบรับรองแพทย์ สำหรับการทำงานบนที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ 29-10-2568

ข้าพเจ้า นพ./พญ. พญ.บุปผา สมานชาติ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 3.5086

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย ลัทธพล นิยมญาติ

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) 29-10-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนักตัว 60.50 กก. ความสูง 170.00 ซม. ดัชนีมวลกาย 20.93 กก./ม<sup>2</sup>  
ความดันโลหิต 143 / 87 มม.ปรอท ชีพจร 99 ครั้ง/นาที  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ  
สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ  
(ระบุ) .....

ประวัติการใช้ยาประจำ  ไม่มี  มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ) .....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน  ไม่ดื่ม  ดื่ม (ระบุความถี่ที่ดื่ม) เดือนละ 1 ครั้ง 7-9 ขวด

### ผลการตรวจพิเศษ

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก  | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 2. สมรรถภาพปอด   | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ค่าปกติ</u>  |
| 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด                               | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 5. วิเคราะห์ปัสสาวะ                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 6. ผลตรวจเลือดการทำงานของตับและไต                        | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ปกติ</u>     |
| 7. ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด                          | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 8. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 9. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 10. ความผิดปกติของรูปร่างลำตัว,มือ,แขน,ขา                | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 11. กำลังกล้ามเนื้อในการกำมือ(ตรวจโดยแพทย์)              | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>115 องศา</u> |
| 12. กำลังกล้ามเนื้อแขน (ตรวจโดยแพทย์)                    | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 13. กำลังกล้ามเนื้อขา (ตรวจโดยแพทย์)                     | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |
| 14. การทรงตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ตรวจโดยแพทย์) | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                      |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายหากทำงานบนที่สูงแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Fit to work)  
 สามารถทำงานบนที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions or cautions)

(รายละเอียด) .....

- ไม่สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Unfit to work)

(รายละเอียด) .....

ลงชื่อ .....

แพทย์ผู้ตรวจ

25086

ข้อควรระวัง งานบนที่สูงจัดเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย นายจ้างจะต้องจัดมาตรการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกจากที่สูงให้กับลูกจ้าง ในเดือนกันยายน  
และเข้าวันก่อนทำงาน ลูกจ้างไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นไปทำงานบนที่สูงโดยเด็ดขาด แรงงานหญิงห้ามทำงานบนแท่นที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตร  
ขึ้นไปตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551



91 ม.1 ถ.เฉลิมพงษ์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
โทร. 02-991-8999 โทรสาร 02-563-5222  
91 MOO 1 CHALOEM PHONG ROAD SAIMAI BANGKOK 10220  
TEL 02-991-8999 FAX 02-563-5222  
E-mail : info\_smh@cgh.co.th Website : www.cgh.co.th

Visit Date : 29/10/2568 HN : 12483/68 AN :  
Name : นาย ลัทพล นิยมญาติ Age : 24.5.9  
Date of birth : 20/05/2544 Contract : Contract  
Ward : -0 Department : Health Checkup  
Physician's Name :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย ลัทพล นิยมญาติ  
เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง 1159900362028

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่  ไม่เคย  เคย
2. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบรั่วหรือไม่  ไม่เคย  เคย
3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่  ไม่เคย  เคย
4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  ไม่เคย  เคย
5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย
6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่  ไม่เคย  เคย
8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  ไม่เคย  เคย
9. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่  ไม่เคย  เคย
10. ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่  ไม่เคย  เคย
11. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่  ไม่เคย  เคย
12. ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย
13. ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่  ไม่เคย  เคย
14. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่  ไม่เคย  เคย
15. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือไม่  ไม่เคย  เคย
16. ท่านเคยเป็นโรคจิตเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่  ไม่เคย  เคย
17. ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  ไม่เคย  เคย
18. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่  ไม่เคย  เคย
19. ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่  ไม่เคย  เคย
20. เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่  ไม่ตั้งครรภ์  ตั้งครรภ์
21. เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ประจำเดือนของท่านคือเมื่อใด \_\_\_\_\_
22. ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่  ไม่เคย  เคย

(ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า  
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ นาย ลัทพล นิยมญาติ

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



Patient's name นาย ลัทพล นิยมญาติ		Age 24.5.9	Ward -0	Department Health Checkup Clinic
HN 12483/68	AN	Attending M.D. ...		Contract : Contract

## ใบรับรองแพทย์ สำหรับการทำงานบนที่สูง

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ 29-10-2568

ข้าพเจ้า นพ./พญ. พญ.บุปผา สมานชาติ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 3.5086

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย สมคิด เกลี้ยงกมล

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) 29-10-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนักตัว 87.10 กก. ความสูง 172.00 ซม. ดัชนีมวลกาย 29.44 กก./ม<sup>2</sup>

ความดันโลหิต 135 / 79 มม.ปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ

สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ) .....

ประวัติการใช้ยาประจำ  ไม่มี  มี (ระบุชื่อยาที่ใช้ประจำ) .....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน  ไม่ดื่ม  ดื่ม (ระบุความถี่ที่ดื่ม) ไม่มี อาทิตย์ละ 2 ครั้ง

### ผลการตรวจพิเศษ

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. ภาพรังสีทรวงอก  | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 2. สมรรถภาพปอด   | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>น้ำหนักตัว / เล็กน้อย</u>    |
| 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 4. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด                               | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 5. วิเคราะห์ปัสสาวะ                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 6. ผลตรวจเลือดดูการทำงานของตับและไต                      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 7. ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด                          | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>7.0</u>                      |
| 8. สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกล                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 9. สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูด                             | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>หรือแค่ตรวจคัดกรองเด็ก</u>              |
| 10. ความผิดปกติของรูปร่างลำตัว,มือ,แขน,ขา                | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ข้อเท้าขวา / ข้อเท้าซ้าย</u> |
| 11. กำลังกล้ามเนื้อในการกำมือ(ตรวจโดยแพทย์)              | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ข?</u> <u>ข้อเท้าขวา</u>     |
| 12. กำลังกล้ามเนื้อแขน (ตรวจโดยแพทย์)                    | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |
| 13. กำลังกล้ามเนื้อขา (ตรวจโดยแพทย์)                     | <input type="checkbox"/> ปกติ            | <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) <u>ข?</u>                       |
| 14. การทรงตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ (ตรวจโดยแพทย์) | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) .....                                      |

แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายหากทำงานบนที่สูงแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Fit to work)
- สามารถทำงานบนที่สูงได้ แต่มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวัง ดังนี้ (Fit to work with restrictions or cautions)  
(รายละเอียด) .....
- ไม่สามารถทำงานบนที่สูงได้ (Unfit to work)  
(รายละเอียด) .....

ลงชื่อ พญ.บุปผา สมานชาติ  
แพทย์ผู้ตรวจ

ข้อควรระวัง งานบนที่สูงจัดเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย นายจ้างจะต้องจัดมาตรการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกจากที่สูงให้บุคลากรทำงาน และเข้าวันก่อนทำงาน ลูกจ้างไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขึ้นไปทำงานบนที่สูงโดยเด็ดขาด แรงงานหญิงห้ามทำงานบนนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไปตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551



91 ม.1 ถ.เฉลิมพงษ์ แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
โทร. 02-991-8999 โทรสาร 02-563-5222  
91 MOO 1 CHALOEM PHONG ROAD SAIMAI BANGKOK 10220  
TEL 02-991-8999 FAX 02-563-5222  
E-mail : info\_smh@cgh.co.th Website : www.cgh.co.th

Visit Date : 29/10/2568 HN : 1248/67 AN :  
Name : นาย สมจิต เกลี้ยงกมล Age : 47.8.8  
Date of birth : 21/02/2521 Contract : Contract  
Ward : -0 Department : Health Checkup  
Physician's Name :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย สมจิต เกลี้ยงกมล

เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง 3150100067232

ข้อมูลสุขภาพ: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 2. ท่านเคยเป็นโรคเส้นหรือผนังหัวใจตีบรั่วหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆ หรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 9.. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่                                      | <input type="checkbox"/> ไม่เคย            | <input checked="" type="checkbox"/> เคย |
| 10..ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 11..ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 12..ท่านเคยเป็นโรคระบบประสาทชนิดอื่นๆ หรือไม่                                     | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 13..ท่านเคยเป็นโรคปวดข้อหรือข้ออักเสบเรื้อรังหรือไม่                              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 14..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติของกระดูกและข้อหรือไม่                         | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 15..ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 16..ท่านเคยเป็นโรคจิตเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือไม่                           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 17..ท่านเคยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 18..ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่                                  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 19..ท่านเคยเป็นโรคไตเสื่อมหรือไม่   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย            |
| 20..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่                          | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์      | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์      |
| 21..เฉพาะคนทำงานเพศหญิง - ประจำเดือนของท่านคือเมื่อใด                             |  |   |
| 22..ท่านเคยมีการเจ็บป่วยเป็นโรคอื่นๆ หรือมีประวัติทางสุขภาพที่สำคัญอื่นอีกหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย            | <input checked="" type="checkbox"/> เคย |
- (ถ้ามีข้อใดตอบว่า "เคย" กรุณาระบุรายละเอียด) ผ่าตัดเปลี่ยนไต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า  
แก่นายจ้าง เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศของข้าพเจ้า

ลงชื่อ สมจิต เกลี้ยงกมล

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



Patient's name นาย สมจิต เกลี้ยงกมล		Age 47.8.8	Ward -0	Department Health Checkup Clinic
HN 1248/67	AN ...	Attending M.D. ...		Contract : Contract