

แบบสอบถามเหตุการณ์พละระเบิด

ชื่อโรงงานที่เกิดเหตุ/ประเภทกิจการ.....

จุดที่เกิดเหตุ.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลาที่เกิดเหตุ.....

ผู้ได้รับผลกระทบ

() พนักงานของบริษัท () ทีมกู้ภัยของบริษัท () ทีมกู้ภัยจากภายนอก ระบุหน่วยงาน.....

() ประชาชน () เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ..... () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

2. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่ได้

3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

4. สัญชาติ () 1. ไทย () 2. กัมพูชา () 3. เมียนมาร์ () 4. อื่น ๆ ระบุ.....

5. สถานภาพ () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง () 5. แยกกันอยู่

6. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ขณะเกิดเหตุ จำนวน.....คน

7. อาชีพ

() 1. รับจ้างทั่วไป () 2. รับจ้างในโรงงาน () 3. พนักงานของโรงงานเกิดเหตุ

() 4. ค้าขาย () 5. แม่บ้าน () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี

ถ้ามีระบุ

() 1. โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง () 2. โรคหอบหืด () 3. โรคลมชัก () 4. โรคหัวใจ

() 5. โรคความดันโลหิตสูง () 6. โรคผิวหนัง () 7. โรคภูมิแพ้

() 8. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 การได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

9. สาเหตุการได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

- () 1. ปฏิบัติงานในจุดเกิดเหตุ () 2. อาศัยอยู่โดยรอบจุดเกิดเหตุ () 3. ได้รับบาดเจ็บขณะอพยพ
() 4. อื่น ๆ

10. สถานที่ได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย

- () 1. โรงงาน () 2. บ้านพัก () 3. อื่น ๆ

วาดรูป [แผนที่สถานที่เกิดเหตุ]

11. ท่านมีอาการผิดปกติจากเหตุการณ์นี้หรือไม่

() 1. ไม่มี (จบการสัมภาษณ์)

() 2. มี โดยมีอาการผิดปกติดังนี้

อาการ	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....
	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)
แพ้ไฟไหม้						
แสบตา						
น้ำตาไหล						
แสบจมูก						
น้ำมูกไหล						
แสบคอ/คอแห้ง						
เจ็บคอ						
ไอ						
แน่นหน้าอก						
หายใจไม่สะดวก						
คลื่นไส้						
อาเจียน						
เวียนศีรษะ						
มึนงง						
หน้ามืด						
เป็นลม						
ครั่นเนื้อครั่นตัว เหมือนจะมีไข้						
อาการอื่นๆระบุ						

12. หลังจากที่ท่านมีอาการทำงานปฏิบัติ หรือได้รับการช่วยเหลือโดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. มีการประกาศให้รีบออกนอกบริเวณโรงงาน
- () 2. สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่โรงงานจัดไว้ได้แก่.....
- () 3. ได้รับการปฐมพยาบาลในบริเวณโรงงาน ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- () 4. ได้รับการปฐมพยาบาลและถูกนำส่งโรงพยาบาล
- () 5. ถูกนำส่งโรงพยาบาลทันที
- () 6. เดินทางไปรักษาด้วยตนเอง
- () 7. ไม่ได้เข้ารับการรักษา
- () 8. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรักษา

13. ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อ เวลา.....น.

ชื่อสถานพยาบาลที่ให้การรักษา.....

ประเภทผู้ป่วย () 1. ผู้ป่วยนอก () 2. ผู้ป่วยใน จำนวนวันรักษา.....วัน

การวินิจฉัยของแพทย์.....

การรักษาที่ได้รับ.....

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

วันที่.....