

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ กรณีมลพิษทางน้ำจากโรงงานอุตสาหกรรม

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1) ชื่อ-สกุล.....ที่อยู่.....
- 2) เพศ () ชาย () หญิง
- 3) อายุ.....ปี 4) อาชีพ.....
- 5) รายได้ของครัวเรือนโดยประมาณ.....บาท/เดือน 6) ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่.....ปี
7. ประวัติการมีโรคประจำตัว (ระบุ).....
8. แหล่งน้ำที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ - น้ำอุปโภค.....
- น้ำดื่ม..... - น้ำเพื่อการเกษตร.....
9. การได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบ	ใช่	ไม่ใช่	ระยะเวลาที่สัมผัส	ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น
กลิ่นเหม็น				
ฝุ่นละออง/เขม่าควัน				

10. ผลกระทบทางสุขภาพ

กลุ่มโรคอาการ	อาการ	ลักษณะการเกิดอาการ		เกิดขึ้นที่หรือค่อยๆ เป็นเมื่อรู้สึกว่าเจอกับมลพิษ	การรักษา		
		ไม่มี	มี		ไม่ได้รับการ (หาใช่)	ซื้อยาเอง/รักษาเอง	ไปพบแพทย์
ระบบทางเดินอาหาร	คลื่นไส้						
	อาเจียน						
	เบื่ออาหาร						
	ปวดท้องรุนแรงเป็นพักๆ						
ระบบประสาท	นอนไม่หลับ						
	ชาปลายมือปลายเท้า						
	กล้ามเนื้ออ่อนแรง						
	ชัก/ หมดสติ						
ระบบทางเดินหายใจ	อาการหอบหืด						
	ไอแห้ง						
	คอแห้ง						
	น้ำมูกไหล						
	จาม						
ระบบผิวหนัง	ลมพิษ						
	ผื่นคัน						
ระบบดวงตา	ระคายเคืองตา						
	ตาแดง						
	เยื่อตาอักเสบ						

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....