

## แบบสอบถามส่วนบุคคลเพื่อการเฝ้าระวังโรคปอดฝุ่นทราย

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสำรวจและเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากผลึกซิลิกาในสถานประกอบการ
2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
  - 1) ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการทำงาน/ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ตอบแบบสอบถาม
  - 2) การตรวจร่างกายโดยแพทย์
3. การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ในการกระบวนการทำงานการเฝ้าระวังโรคปอดฝุ่นทราย

\*\*\*\*\*

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการทำงาน/ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  และเติมข้อความ ลงในช่อง.....ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่าน

1. ชื่อโรงงาน.....ผลิต.....
2. ที่อยู่ของโรงงาน.....  
โทรศัพท์.....  
สถานที่ใกล้เคียง .....
3. ชื่อ.....นามสกุล.....  
เลขที่บัตรประชาชน..... เพศ  ชาย  หญิง  
อายุ.....ปี ที่อยู่ของผู้ป่วย.....
4. ภูมิลำเนาเดิม.....(จังหวัด)
5. สถานภาพสมรส  โสด  แต่งงาน  หม้าย  หย่า
6. เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
7. ระดับการศึกษา.....
8. ประวัติโรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....  
.....  
.....
9. ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ  ไม่มี  มี ระบุ.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. ประวัติการทำงาน เคยทำงานที่อื่นมาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคย ระบุ.....

โรงงาน	ลักษณะงานที่ทำ	ระยะเวลา(ปี)	อาชีพเสริม	หมายเหตุ

11. งานที่ทำในอดีตมีการสัมผัสฝุ่นหรือไม่  มี  ไม่มี

ชนิดของฝุ่น  ทราบ ระบุ.....  ไม่ทราบ

สัมผัสครั้งแรกเมื่อปี.....

ระยะเวลาในการสัมผัสฝุ่น นานเท่าใด.....

12.แผนกและลักษณะงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน.....

13. จากงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน มีการสัมผัสฝุ่นทรายหรือฝุ่นหิน หรือไม่  มี  ไม่มี

14. ขณะปฏิบัติงานท่านมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลระบบทางเดินหายใจหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

15.ถ้าใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลระบบทางเดินหายใจมีการใช้อย่างไร

ใช้ตลอดเวลาการทำงาน

ใช้เป็นพัก ๆ ใน 1 วัน

ใช้เป็นบางวัน

16. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลระบบทางเดินหายใจ

ประเภท	ใช้ตลอดเวลาทำงาน	4 - 6 ชั่วโมง/วัน	2 - 4 ชั่วโมง/วัน	< 2 ชั่วโมง/วัน
หน้ากากกรองฝุ่น				

ใช้แล้วทั้ง				
เครื่องป้องกัน แบบครึ่งหน้า				
เครื่องป้องกัน แบบเต็มหน้า				
เครื่องป้องกันที่ต่อ ท่ออากาศให้				
อื่น ๆ ระบุ .....				

17. เคยมีการย้ายแผนกหรือเปลี่ยนลักษณะการทำงานหรือไม่  เคย  ไม่เคย

18. ท่านเคยทำงานอยู่ในโรงงานนี้ แผนกใดบ้าง โปรดระบุ

- 1) แผนก.....ลักษณะงาน.....  
.....ทำนาน.....ปี
- 2) แผนก.....ลักษณะงาน.....  
.....ทำนาน.....ปี
- 3) แผนก.....ลักษณะงาน.....  
.....ทำนาน.....ปี

19. ท่านเคยหยุดงานที่สัมผัสฝุ่นหินหรือฝุ่นทราย เพราะมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการต่อไปนี้หรือไม่

- 1) อาการที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ  เคย  ไม่เคย
- 2) อาการเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต  เคย  ไม่เคย

20. ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดหรือโรคอื่น ๆ (ระบุวันเวลาปีและสถานบริการที่รักษา)

ชื่อโรค	เคยเป็น (หายแล้ว)	กำลังรักษา	การวินิจฉัย	ไม่เคย	ไม่ทราบ
1. หลอดลมอักเสบ					

2.ถุงลมโป่งพอง					
3.โรคปอดอื่น ๆ (ปอดอักเสบ มะเร็งปอด อื่นๆ)					
4.หอบหืด					
5.ภูมิแพ้					
6.วัณโรคปอด					
7.โรคหัวใจ					
8.ความดันโลหิตสูง					
9.การบาดเจ็บ/ การผ่าตัด					
10.อื่นๆ ระบุ .....					

21. ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

อาการ/การตรวจ	ไม่เคย	เคย (ระบุรายละเอียด)	หมายเหตุ
หวัด ร่วมกับการแน่นหน้าอก			
เจ็บทรวงอก			
มีเสมหะร่วมกับแน่นหน้าอก			
ไอมีเสมหะ (ระบุความถี่/ระยะเวลา)			
หายใจมีเสียงดังหวีด (ระบุความถี่/ระยะเวลา)			
อาการเหนื่อยเวลาเดิน ที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ และโรคปอด			
การฉายภาพรังสีปอด			

22. ประวัติการสูบบุหรี่

- 1) เคยสูบบุหรี่  สูบ  ไม่สูบ
- 2) ปัจจุบันสูบบุหรี่  สูบ  ไม่สูบ
- 3) ถ้ายังสูบบุหรี่ สูบกี่มวนต่อวัน จำนวน.....มวน
- 4) เริ่มสูบเมื่ออายุเท่าไร อายุ.....ปี

23. ท่านมีน้ำหนักลดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ ระบุ.....

ลงชื่อผู้เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายโดยแพทย์

การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร การหายใจ ..... ครั้ง/นาที

ชีพจร ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

General Appearance.....

HEENT  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Lymph nodes  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Chest  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Heart  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Abdomen  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Extremity  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจสมรรถภาพปอด  ปกติ  ผิดปกติแบบอุดกั้น  ผิดปกติแบบจำกัดการขยายตัว

ผลการ Chest x-ray  ปกติ

ผิดปกติ (แบ่งตาม ILO Classification) ระบุ.....

ผลการตรวจเสมหะอย่างอื่น ๆ

.....  
.....

สรุปผลการตรวจสุขภาพ.....

.....  
.....  
.....

ลงชื่อแพทย์ผู้สรุปผลการตรวจ.....

อ้างอิงแบบสอบถามจากหนังสือการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักระบาดวิทยา

