

แบบสอบถามการคัดกรองสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสำรวจและเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากโรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด
2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
 - 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการทำงาน/ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - 2) การตรวจร่างกายโดยแพทย์
3. การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ในการกระบวนการทำงานการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่/ข้อมูลการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และเติมข้อความ ลงในช่อง.....ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....
เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี
2. ที่อยู่ บ้านเลขที่หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนนี้.....ปี
ที่ตั้งบ้านหรือที่พักอาศัย ติดถนนระบุ..... ไม่ติดถนน
3. สถานภาพสมรส โสด แต่งงาน หม้าย หย่า
4. เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
5. ระดับการศึกษา.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ/ประวัติการเจ็บป่วย

6. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ.....
8. ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือไม่ เคยสูบ เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี ไม่เคยสูบ
ขณะนี้ยังสูบบุหรี่ หรือไม่ สูบ ระบุจำนวน.....มวน/วัน ไม่สูบ
9. ท่านเคยป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
 - 1) วัณโรคปอด เคย ไม่เคยระบุวันที่ป่วย.....
 - 2) ปอดอักเสบ เคย ไม่เคยระบุวันที่ป่วย.....
 - 3) เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เคย ไม่เคยระบุวันที่ป่วย.....

- 4) หลอดลมอักเสบ เป็นๆ หายๆ หลายครั้งในรอบปี
 เคย ไม่เคย ระบุวันที่ป่วย.....
- 5) หอบหืด เคย ไม่เคย ระบุวันที่ป่วย.....
- 6) โรคเรื้อรังอื่นๆ เคย ระบุ..... ไม่เคย ระบุวันที่ป่วย.....
10. ท่านมีน้ำหนักลดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
11. ท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่
 -ไอเรื้อรัง เคย ไม่เคย
 -หายใจลำบาก เคย ไม่เคย
 -เจ็บหน้าอก เคย ไม่เคย
12. เคยถ่ายภาพรังสีทรวงอกครั้งสุดท้ายเมื่อไร
 เคย วัน.....เดือน.....ปี..... ไม่เคย
13. ถ้าเคย ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทราบผลหรือไม่ ทราบผลเป็นอย่างไร ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการทำงาน

14. ลักษณะงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน.....
15. จากงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน มีการสัมผัสฝุ่นใยหินหรือไม่ มี ไม่มี
16. ท่านเคยหยุดงานที่สัมผัสฝุ่นเพราะมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการต่อไปนี้หรือไม่
 1) อาการที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ เคย ไม่เคย
 2) อาการเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต เคย ไม่เคย
17. เคยมีการย้ายแผนกหรือเปลี่ยนลักษณะการทำงานหรือไม่ เคย ไม่เคย
18. ประวัติการทำงาน เคยทำงานที่อื่นมาก่อนหรือไม่ เคย ไม่เคย
 1) โรงงาน.....ลักษณะงานที่ทำ.....จำนวนปีที่ทำ.....
 2) โรงงาน.....ลักษณะงานที่ทำ.....จำนวนปีที่ทำ.....
 3) โรงงาน.....ลักษณะงานที่ทำ.....จำนวนปีที่ทำ.....
19. งานที่ทำในอดีตมีการสัมผัสฝุ่นหรือไม่ มี ไม่มี
 ชนิดของฝุ่น ทราบ ระบุ..... ไม่ทราบ
 สัมผัสครั้งแรกเมื่อปี.....
 ระยะเวลาในการสัมผัสฝุ่น นานเท่าใด.....
20. ขณะปฏิบัติงานท่านมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่
 ใช่ ระบุ ไม่ใช่
 ใช้ตลอดเวลาการทำงาน
 ใช้เป็นพัก ๆ ใน 1 วัน
 ใช้เป็นบางวัน

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายโดยแพทย์

การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ชีพจร ครั้ง/นาที BP มม.ปรอท การหายใจ ครั้ง/นาที

General Appearance.....

HEENT

Lymph nodes.....

Chest.....

Heart.....

Abdomen.....

Extremity.....

ผลการตรวจสมรรถภาพปอด ปกติ ผิดปกติแบบอุดกั้น ผิดปกติแบบจำกัดการขยายตัว

ผลการ Chest x-ray ปกติ

ผิดปกติตั้งแต่ระดับน้อยกว่า 1/0 ผิดปกติตั้งแต่ระดับมากกว่า 1/0

สรุปผลการตรวจสุขภาพ.....

.....

.....

.....

ลงชื่อแพทย์ผู้สรุปผลการตรวจ.....

