

# แบบสัมภาษณ์เพื่อการเฝ้าระวังกรณีสัมผัสสารปรอทของเด็กปฐมวัยที่ผู้ปกครองทำงานสัมผัสสารปรอท

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กที่มีการสัมผัสสารปรอทเพื่อการค้นหาสาเหตุและลักษณะอาการจากการได้รับสัมผัสสารปรอท และวางแผนในการป้องกันควบคุมโรคต่อไป

วันที่เก็บข้อมูล: .....ผู้ทำการสัมภาษณ์: ..... NO. ....

ข้อมูลผู้ปกครอง (ผู้ให้สัมภาษณ์) เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

- ชื่อ.....นามสกุล.....  
เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี
- ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ปกครอง บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่นี้.....ปี.....เดือน  
ที่ตั้งบ้านหรือที่พักอาศัย  ติดถนน ระบุชื่อถนนหรือซอย.....  ไม่ติดถนน
- ภูมิลำเนาเดิมของผู้ปกครอง บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่นี้.....ปี.....เดือน  
ที่ตั้งบ้านหรือที่พักอาศัย  ติดถนน ระบุชื่อถนนหรือซอย.....  ไม่ติดถนน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะเด็ก

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อเด็ก.....นามสกุล.....  
เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด □□/□□/□□□□ (ปี ระบุเป็นพุทธศักราช)
- ที่อยู่ปัจจุบันของเด็ก  
 ที่อยู่เดียวกับผู้ปกครอง ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่นี้.....ปี.....เดือน  
 คนละที่กับผู้ปกครอง (โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง)  
บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่นี้.....ปี.....เดือน
- จำนวนสมาชิกในบ้านที่เด็กอาศัยอยู่ (รวมจำนวนเด็ก).....คน โปรดระบุรายละเอียด
  - สมาชิกที่บ้านคนที่ 1 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
  - สมาชิกที่บ้านคนที่ 2 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
  - สมาชิกที่บ้านคนที่ 3 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
  - สมาชิกที่บ้านคนที่ 4 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
  - สมาชิกที่บ้านคนที่ 5 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
- ภูมิลำเนาเดิมของเด็ก บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่นี้.....ปี.....เดือน

- ที่ตั้งบ้านหรือที่พักอาศัย  ติดถนน ระบุชื่อถนนหรือซอย.....  ไม่ติดถนน  
 จำนวนสมาชิกในบ้านซึ่งเป็นญาติพี่น้องที่เด็กเคยอาศัยอยู่ (รวมจำนวนเด็ก).....คน โปรดระบุรายละเอียด
- 7.1. สมาชิกที่บ้านคนที่ 1 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
 อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
- 7.2. สมาชิกที่บ้านคนที่ 2 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
 อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
- 7.3. สมาชิกที่บ้านคนที่ 3 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
 อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
- 7.4. สมาชิกที่บ้านคนที่ 4 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
 อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
- 7.5. สมาชิกที่บ้านคนที่ 5 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
 อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
- 7.6. สมาชิกที่บ้านคนที่ 6 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
 อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....
8. ประวัติอาชีพบิดาของเด็ก  
 อาชีพปัจจุบัน (โปรดระบุข้อมูลอาชีพและลักษณะการปฏิบัติงานอย่างละเอียด).....  
 ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพนี้.....ปี  
 อาชีพก่อนหน้าอาชีพปัจจุบัน (โปรดระบุข้อมูลอาชีพและลักษณะการปฏิบัติงานอย่างละเอียด).....  
 ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพนี้.....ปี
9. ประวัติอาชีพมารดาของเด็ก  
 อาชีพปัจจุบัน (โปรดระบุข้อมูลอาชีพและลักษณะการปฏิบัติงานอย่างละเอียด).....  
 ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพนี้.....ปี  
 อาชีพก่อนหน้าอาชีพปัจจุบัน (โปรดระบุข้อมูลอาชีพและลักษณะการปฏิบัติงานอย่างละเอียด).....  
 ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพนี้.....ปี

## ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเด็ก

10. น้ำหนัก.....กิโลกรัม (P.....)
11. ส่วนสูง.....เซนติเมตร (P.....)
12. น้ำหนักเมื่อเทียบกับส่วนสูง (P.....)
13. ประวัติวัคซีน (ดูจากสมุดประจำตัวการได้รับวัคซีน)  
 ครบตามเกณฑ์  ไม่ครบตามเกณฑ์โดยขาดวัคซีน .....
14. น้ำหนักแรกคลอด ..... กรัม คลอดด้วยวิธี  คลอดธรรมชาติ  ผ่าคลอด
15. ภาวะแทรกซ้อนของการคลอด  ไม่มี  มี ระบุ.....
16. ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของลูกหลังเกิด.....วัน
17. จำนวนฟันที่ไข่วัดจุดฟัน .....
18. สุขวิทยาส่วนบุคคล  
 เล็บมือ  สะอาด  ไม่สะอาด

- เล็บเท้า  สะอาด  ไม่สะอาด
- ผม  สะอาด  ไม่สะอาด
- ใบหน้าและผิวหนัง  สะอาด  ไม่สะอาด
- เสื้อผ้า  สะอาด  ไม่สะอาด

19. เด็กมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ที่เคยไปรับการรักษาและแพทย์ลงความเห็น)

- ไม่มี  ภูมิแพ้หอบหืด  โลหิตจาง  พัฒนาการล่าช้า  ทวีรูปแต่กำเนิด  มะเร็ง
- อื่นๆ ระบุ .....

20. เด็กมีการรับประทานยาประจำหรือไม่  ไม่มี  มี ระบุ.....

### ตอนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมและความเสี่ยงในการสัมผัสสารปรอทของเด็ก

21. แหล่งน้ำที่ใช้ดื่ม ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มาจากแหล่งใดมากที่สุด

- น้ำประปาหมู่บ้าน  น้ำจากลำห้วย/บึง/หนอง ระบุชื่อ.....
- น้ำฝน  น้ำบ่อบาดาล  น้ำดื่มบรรจุขวด  อื่นๆ ระบุ.....

22. แหล่งน้ำที่ใช้ในการประกอบอาหาร ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มาจากแหล่งใดมากที่สุด

- น้ำประปาหมู่บ้าน  น้ำจากลำห้วย/บึง/หนอง ระบุชื่อ.....
- น้ำฝน  น้ำบ่อบาดาล  น้ำดื่มบรรจุขวด  อื่นๆ ระบุ.....

23. ลักษณะอาหารที่รับประทานเป็นประจำได้จาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ประกอบเองที่บ้าน  ซื้ออาหารสำเร็จรูป ระบุแหล่งที่ซื้อ.....

24. แหล่งและอาหารดิบที่นำมาประกอบอาหารเป็นประจำได้จาก

- หาจากธรรมชาติ ผลิตได้เอง  ซื้อจากตลาด/รถเร่  อื่นๆ ระบุ.....

25. เด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือไม่

- ไม่เคยล้าง  ล้างเป็นบางครั้ง  ล้างทุกครั้ง

26. เด็กล้างมือด้วยสบู่หรือไม่

- ใช่  ไม่ใช่

27. เด็กล้างมือด้วยน้ำจากแหล่งใดต่อไปนี้

- น้ำประปาหมู่บ้าน  น้ำจากลำห้วย/บึง/หนอง ระบุชื่อ.....
- น้ำฝน  น้ำบ่อบาดาล  อื่นๆ ระบุ.....

28. เด็กรับประทานอาหาร (ข้าว ผัก ปลา ไข่ต้ม) ในแต่ละมื้อด้วยวิธีใด

- ใช้มือหยิบ  ใช้ช้อนตัก  บางครั้งใช้มือ บางครั้งใช้ช้อน

29. ปัจจุบันเด็กตีมนมอะไรเป็นประจำ

- นมกระป๋อง  นมกล่อง  เลิกตีมนมแล้ว

30. เด็กนอนกับใคร

- นอนกับพ่อแม่  ทำ  ไม่ทำ ทำงานสัมผัสสารปรอท
- นอนกับญาติคนอื่น  ทำ  ไม่ทำ ทำงานสัมผัสสารปรอท

- นอนคนเดียว
31. เด็กอาบน้ำวันละกี่ครั้ง
- จำนวน 1 ครั้ง/วัน       จำนวน 2 ครั้ง/วัน       มากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป
32. เด็กเคยไปยังสถานที่ทำงานของสมาชิกในครอบครัวที่ทำงานสัมผัสกับปรอทหรือไม่ (ถ้าตอบไม่เคยข้ามไป ข้อ 27)
- ไม่เคย       เคย
33. หากเคยไปยังสถานที่ดังกล่าวบ่อยแค่ไหน
- ทุกวัน       ประมาณ 3-5 วัน/สัปดาห์       ประมาณ 1-2 วัน/สัปดาห์       น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์
34. เหตุผลที่เด็กมายังสถานที่ทำงาน
- เลี้ยงดู       ช่วยพ่อแม่       กิจกรรมอื่นๆ.....
35. เด็กเคยรับประทานอาหารภายในสถานที่ทำงานของพ่อแม่หรือไม่
- ไม่เคย       เคย ระบุ.....ครั้ง/วัน
36. โดยปกติเด็กมีพฤติกรรมกัดเล็บหรือไม่
- ไม่เคย       เป็นบางครั้ง       เป็นประจำ       ไม่ทราบ
37. เด็กเคยมีการใช้ยาพื้นบ้านมาก่อน (เช่น ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน) หรือไม่
- ไม่เคย       เคย ระบุ.....

38. เด็กรับประทานอาหารเช้าบ่อยแค่ไหนในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

อาหาร	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง (< 1 ครั้ง/เดือน)	1-2 วัน/สัปดาห์	3-4 วัน/สัปดาห์	> 4 วัน/สัปดาห์	ปริมาณ
หอย						ช้อนโต๊ะ
ปลาหมึก						ตัว
ปลากลาย ปลานิล ปลากระพง ปลาเก๋า						ตัว
ปลาทูน่า ปลาอินทรี ปลาจะละเม็ดดำ						ตัว
ปลาสด ปลาตะเพียน ปลาจะละเม็ดขาว						ตัว
ปลาช่อน ปลาสวาย ปลาดุก						ตัว
ปลากระป๋อง (ทูน่า แมคเคอเรล ชาร์ดิน)						กระป๋อง
ถั่ว เมล็ดธัญพืชแปรรูป						ช้อนโต๊ะ
ชา กาแฟ						แก้ว

ชื่อ-นามสกุล ผู้สัมภาษณ์.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ตอนที่ 4 ข้อมูลอาการและการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองโรคพิษพรอทในเด็ก

ส่วนที่ 1 การซักประวัติ

39. เด็กมีหรือเคยมีอาการดังต่อไปนี้ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

อาการ	ความถี่ของอาการดังกล่าว		
	เป็นประจำหรือแทบทุกวัน	นานๆ ครั้ง	ไม่มี
หอบเหนื่อย			
เจ็บแน่นหน้าอก			
คลื่นไส้/อาเจียน			
ถ่ายเหลว			
ปวดท้องแบบปวดถ่าย			
ผื่นแดงตามร่างกาย			
ตาอักเสบ			
เดินเซ			
อารมณ์หรือพฤติกรรมเปลี่ยน			
ไม่ยอมนอน			
ชัก			
พัฒนาการล่าช้า			
มือแขนขาสั้น			
ไม่ยอมเดิน			
ไม่สู้แสงแดด			
เหงือกและช่องปากอักเสบ			

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายตามระบบ

- |   | Normal                      | Abnormal (โปรดระบุความผิดปกติที่ตรวจพบ) |
|---|-----------------------------|---|
| 40. General appearance                        | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |
| 41. HEENT: conjunctivae                       | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |
| 42. HEENT: gum and oral cavity                | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |
| 42.1. จำนวนวัสดูดฟันในช่องปาก.....ซี่         |                             |   |
| 42.2. ชนิดวัสดูดฟันที่ใช้ดูดฟัน.....          |                             |   |
| 43. Lung                                      | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |
| 44. Abdomen                                   | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |
| 45. Skin                                      | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |
| 46. Hand writing เขียนชื่อ-สกุลในช่องด้านล่าง | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. ....        |

47. CNS: motor power grade
- 47.1. Upper extremities /5
- 47.2. Lower extremities /5
- Normal Abnormal (โปรดระบุความผิดปกติที่ตรวจพบ)
48. Gait  1.  2. ....
49. Sensation  1.  2. ....
50. Cognition  1.  2. ....
51. Mood  1.  2. ....
52. IQ หรือ Mentality  1.  2. ....

ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างที่ใช้ตรวจ	ผลการตรวจ
การตรวจสารบ่งชี้ทางชีวภาพ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เลือด</li> <li>● ปัสสาวะ</li> </ul>	<p>.....µg/L</p> <p>.....µg/g.creatinine</p>
การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ	ผลการตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● CBC</li> <li>● UA</li> <li>● BUN/Cr</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>

ชื่อ-นามสกุล แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ID line.....

วันที่ตรวจร่างกาย.....

แบบสอบถามการประกอบอาชีพของผู้ปกครองที่เลี้ยงสัมผัสนสารปรอท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

53. ชื่อ.....นามสกุล.....

เป็นผู้ให้สัมภาษณ์ข้อมูลของเด็กตามส่วนข้างต้น  ใช่  ไม่ใช่

ความสัมพันธ์กับเด็ก.....

54. ที่อยู่ปัจจุบัน

อาศัยในที่อยู่ปัจจุบันมานาน.....ปี.....เดือน

ที่อยู่เดียวกับเด็ก (ข้ามไปตอบข้อ 54)  ไม่ใช่ที่อยู่เดียวกับเด็ก โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

54.1. สมาชิกที่บ้านคนที่ 1 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

54.2. สมาชิกที่บ้านคนที่ 2 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

54.3. สมาชิกที่บ้านคนที่ 3 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

54.4. สมาชิกที่บ้านคนที่ 4 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

54.5. สมาชิกที่บ้านคนที่ 5 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

55. ภูมิลำเนา

อาศัยในที่ดังกล่าวมานาน.....ปี.....เดือน

ภูมิลำเนาเดียวกับเด็ก (ข้ามไปตอบข้อ 55)  คนละภูมิลำเนากับเด็ก โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

55.1. สมาชิกที่บ้านคนที่ 1 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

55.2. สมาชิกที่บ้านคนที่ 2 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

55.3. สมาชิกที่บ้านคนที่ 3 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

55.4. สมาชิกที่บ้านคนที่ 4 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

55.5. สมาชิกที่บ้านคนที่ 5 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก.....  
อาชีพ (โปรดระบุรายละเอียดให้ทราบลักษณะงานและความเสี่ยงสัมผัสปรอทที่อาจมีได้) .....

56. ระดับทางการศึกษาผู้ปกครอง

ไม่ได้เรียน  ระดับประถมศึกษา  ระดับมัธยมศึกษา

อนุปริญญา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี

57. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่า แยกกันอยู่ หม้าย

58. รายได้ต่อเดือน

ต่ำกว่า 3,000 บาท  3,001 - 5,000 บาท  5,001 - 10,000 บาท

10,001 - 15,000 บาท  มากกว่า 15,001 บาท ขึ้นไป

59. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (เคยไปรับการรักษาและแพทย์ลงความเห็น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มี  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไชมันในเลือดสูง

ไขมันในเลือดสูง  ไขมันในเลือดสูง  อื่นๆ ระบุ .....

60. ท่านมีการรับประทานยาประจำหรือไม่

ไม่มี  มี ระบุ.....

61. ท่านเคยมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคพิษพรอทหรือไม่ (เคยไปรับการรักษาและแพทย์ลงความ)

ไม่มี  มี ระบุ (เวลา/การรักษา).....

62. ตอนนี้ท่านมีอาการเจ็บป่วยได้บ้าง

ไม่มี  มี ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารปรอทของผู้ปกครอง

63. ปัจจุบันท่านหรือคนในบ้านของท่าน มีผู้ใดที่มีการประกอบอาชีพ/ทำงานในโรงงานตามหัวข้อดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) โปรดระบุว่าใครเป็นผู้สัมผัส.....

<input type="checkbox"/> เหมืองแร่ทอง/ร่อนทอง	<input type="checkbox"/> โรงงานแบตเตอรี่	<input type="checkbox"/> ช่างเจียรนัยเพชร	<input type="checkbox"/> ทันตแพทย์และผู้ช่วย
<input type="checkbox"/> เครื่องเคลือบ/เครื่องปั้นดินเผา	<input type="checkbox"/> ผลิตโลหะผสมบรอนต์	<input type="checkbox"/> โรงงาน เยื่อกระดาษ	<input type="checkbox"/> นักผจญเพลิง
<input type="checkbox"/> โรงงานผลิตเครื่องสำอาง	<input type="checkbox"/> ย่อมหนังสือพิมพ์ ฟอกหนังสือ	<input type="checkbox"/> โรงงานแบตเตอรี่	<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่กายวิภาคและพยาธิ	<input type="checkbox"/> ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> โรงไฟฟ้าถ่านหิน	<input type="checkbox"/> ทาหรือพ่นสี
<input type="checkbox"/> ผู้ทำงานเกี่ยวกับสารกำจัดแมลง สารกำจัดเชื้อรา	<input type="checkbox"/> โรงงานผลิตหลอดไฟ	<input type="checkbox"/> เก็บ/ค้าของเก่า	
<input type="checkbox"/> งานอื่น ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารปรอท.....		<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ช่างต้น ระบุ.....	

64.

65. ประกอบอาชีพดังกล่าว มาเป็นระยะเวลา..... ปี

66. ระยะเวลาที่ปฏิบัติในแต่ละวันเฉลี่ย..... ชั่วโมง/วันและ..... วัน/สัปดาห์

67. ท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลระหว่างการทำงานหรือไม่ (ถ้าตอบไม่เคย ไม่ต้องตอบข้อ 5-8)

ไม่เคยสวมใส่เลย  เคยใช้เป็นบางครั้ง  มีการสวมใส่เป็นส่วนใหญ่  สวมทุกครั้งก่อนการทำงาน

68. ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลใด เพื่อป้องกันอันตรายจากการทำงาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

68.1. ถุงมือยาง/หนัง  ใช่  ไม่ใช่

68.2. หมวก/ผ้าคลุมผม  ใช่  ไม่ใช่

68.3. ผ้าปิดจมูก  ใช่  ไม่ใช่

68.4. แว่นตา  ใช่  ไม่ใช่

68.5. รองเท้าบูธ/ผ้าใบ  ใช่  ไม่ใช่

68.6. เสื้อแขนยาว  ใช่  ไม่ใช่

68.7. กางเกงขายาว  ใช่  ไม่ใช่

68.8. อื่นๆ ระบุ.....  ใช่  ไม่ใช่

69. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ท่านใช้ ได้มาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ซื้อเอง  ได้รับจากญาติหรือคนรู้จัก  ได้รับจากโรงงาน/บริษัท  แหล่งอื่นๆ ระบุ.....

70. ท่านเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไว้ที่ใด

บ้าน  ที่ทำงาน

71. ท่านมีการจัดเก็บรักษาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หลังจากการใช้งานอย่างไร

ตามพื้น/ผนังห้องภายในบ้าน  ล็อกเกอร์หรือตู้เก็บเฉพาะ  อื่นๆ ระบุ.....



### ส่วนที่ 3 ข้อมูลอาการและการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองโรคพิษพรอท

#### ส่วนที่ 1 การซักประวัติ

72. ท่านเคยมีอาการดังต่อไปนี้ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

อาการ	ความถี่ของอาการดังกล่าว		
	เป็นประจำหรือแทบทุกวัน	นานๆ ครั้ง	ไม่มี
หอบเหนื่อย			
เจ็บแน่นหน้าอก			
คลื่นไส้/อาเจียน			
ถ่ายเหลว			
ปวดท้องแบบปวดถ่าย			
ผื่นแดงตามร่างกาย			
ตาอักเสบ			
เดินเซ			
อารมณ์หรือพฤติกรรมเปลี่ยน			
ไม่ยอมนอน			
ซึ่ก			
พัฒนาการล่าช้า			
มือแขนขาสั้น			
ไม่ยอมเดิน			
ไม่สู้แสงแดด			
เหงือกและช่องปากอักเสบ			

#### ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายตามระบบ

	Normal	Abnormal (โปรดระบุความผิดปกติที่ตรวจพบ)
73. General appearance	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2. ....
74. HEENT: conjunctivae	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2. ....
75. HEENT: gum and oral cavity	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2. ....
75.1. จำนวนวัสดูดฟันในช่องปาก.....ซี่		
75.2. ชนิดวัสดูดฟันที่ใช้ดูดฟัน.....		

Normal

Abnormal (โปรดระบุความผิดปกติที่ตรวจพบ)

76. Lung  1.  2. ....
77. Abdomen  1.  2. ....
78. Skin  1.  2. ....
79. Hand writingเขียนชื่อ-สกุลในช่องด้านล่าง  1.  2. ....

80. CNS: motor power grade
- 80.1. Upper extremities /5
- 80.2. Lower extremities /5
81. Gait  1.  2. ....
82. Sensation  1.  2. ....
83. Cognition  1.  2. ....
84. Mood  1.  2. ....
85. IQ หรือ Mentality  1.  2. ....

**ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

ตัวอย่างที่ใช้ตรวจ	ผลการตรวจ
<b>การตรวจสารบ่งชี้ทางชีวภาพ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● เลือด</li> <li>● ปัสสาวะ</li> </ul>	<p>.....µg/L</p> <p>.....µg/g.creatinine</p>
<b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● CBC</li> <li>● UA</li> <li>● BUN/Cr</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> ปกติ    <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ    <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ    <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>

ชื่อ-นามสกุล แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ID line.....

วันที่ตรวจร่างกาย.....