

รายงานการตรวจสุขภาพผู้ปฏิบัติงานทางทะเล
Seafarer's Medical Examination Report; Seafarer

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคนประจำเรือ (Part1 :Personal information)

ชื่อ (Name).....

วันเกิด (วัน/เดือน/ปี) (Date of Birth).....

เพศ (Sex) : ชาย (Male) หญิง (Female)

ที่อยู่ (Address)

.....
.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID No./ Passport no.).....

เลขประจำตัวคนประจำเรือ (Seafarer's book no./Seafarer Identity Document No. หรือบัตรอื่นๆ ที่
สามารถใช้ระบุตัวตนได้ /Other).....

แผนก / Position on board vessel (deck/engine/radio/food handling/other.):

.....

หน้าที่ตามปกติ (Routine duties).....

หน้าที่ฉุกเฉิน (Emergency Duties)

ชนิดของเรือ (Type of ship)

บริเวณทำการค้า (Trade area).....

การกรอกโดยผู้เข้ารับการตรวจ (Self-declaration)

ท่านเคยมีโรคต่อไปนี้หรือไม่? (Have you ever had any of the following conditions?)

โรค (Conditions)	ใช่/Yes	ไม่ใช่/No
1. ปัญหาทางตา/การมองเห็น (Eye/vision problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. โรคหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. การผ่าตัดหัวใจ (Heart surgery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. เส้นเลือดขอด หรือริดสีดวงทวาร (Varicose veins/Haemorrhoids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. โรคหอบหืด/หลอดลมอักเสบ (Asthma/bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ความผิดปกติของเม็ดเลือด (Blood disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. โรคเบาหวาน (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. โรคเกี่ยวกับไทรอยด์ (Thyroid problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. โรคเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหาร (Digestion disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. โรคไต (Kidney problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. โรคผิวหนัง (Skin problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. โรคภูมิแพ้ (Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค (Conditions)	ใช่/Yes	ไม่ใช่/No
14. โรคติดเชื้อ/โรคติดต่อ (Infectious/Contagious disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ไส้เลื่อน (Hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ (Genital disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ตั้งครรภ์ (Pregnancy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ปัญหาเรื่องการนอนหลับ (Sleep problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ทานสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือมีปัญหาด้านยาเสพติดหรือไม่? (Smoking of tobacco, abuse of alcohol or drugs?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ประวัติการผ่าตัด (Operation/Surgery?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. โรคลมชัก (Epilepsy/Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. มึนงง/ เป็นลม (Dizziness/fainting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. หหมดสติ (Loss of consciousness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ปัญหาด้านจิตเวช (Psychiatric problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. โรคซึมเศร้า (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ปัญหาเรื่องความจำ (Loss of memory)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ปัญหาเรื่องการทรงตัว (Balance problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง (Severe headache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ปัญหาทางหู (การได้ยิน มีเสียงหึ่งในหู) / จมูก/คอ [Ear (hearing, tinnitus)/Nose/Throat problem]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. การเคลื่อนไหวจำกัด (Restricted mobility)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ปัญหาหลังและข้อ (Back or joint problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. การตัดอวัยวะ (Amputation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. กระดูกหัก/ข้อเคลื่อน (Fractures/dislocations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าตอบว่าใช่ ในคำถาม ด้านบนให้ลงรายละเอียด (If you answered "Yes" to any of the above questions, please give details):

คำถามเพิ่มเติม (Additional Questions)	ใช่/Yes	ไม่ใช่/No
35. คุณเคยถูกให้ออกเนื่องจากป่วยหรือจากสาเหตุอื่นหรือไม่? (Have you ever been signed off or repatriated due to illness?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. คุณเคยนอนโรงพยาบาลหรือไม่? (Have you ever been hospitalized?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. คุณเคยถูกวินิจฉัยว่าไม่พร้อมในการทำงานหรือไม่? (Have you ever been declared unfit to work on board ship?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ใบรับรองแพทย์ของคุณเคยถูกจำกัดหรือยกเลิกหรือไม่? (Has your medical certificate ever been restricted or revoked?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. คุณมีปัญหาทางการแพทย์ โรคหรือการเจ็บป่วยหรือไม่? (Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. คุณรู้สึกมีสุขภาพดีและพร้อมที่จะทำงานตามที่รับมอบหมายหรือไม่? (Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. คุณมีประวัติแพ้ยาหรืออาหารใดหรือไม่? (Do you have any allergies?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้อสังเกต (Comments):

คำถามเพิ่มเติม(Medication)

ใช่/Yes ไม่ใช่/No

42. คุณมีารับประทานประจำทั้งจากแพทย์และซื้อเองหรือไม่?

(Are you taking any non-prescription or prescription medications?)

ถ้าใช่ ให้เขียนรายชื่อยา เหตุผลในการกิน และขนาดยา (If "Yes", please list the medications taken, and the purpose(s) and dosage(s)):

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่กรอกด้านบนเป็นความจริง (I hereby declare that information above is complete and correct.)

ลายเซ็นผู้กรอก (Applicant's signature).....วัน/เดือน/ปี (Date/Month/Year)...../...../.....

ลายเซ็นพยาน ลำดับ1: (No 1. Witness's signature).....ชื่อ (Name).....

ลายเซ็นพยาน ลำดับ2: (No 2. Witness's signature).....ชื่อ (Name).....

การเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ (Authority to divulge medical information)

เพื่อให้การประเมินผลทางการแพทย์มีความสมบูรณ์และสืบเนื่อง ในการปฏิบัติหน้าที่ทางทะเลของข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้รับการตรวจในครั้งนี้ ถ้าแพทย์ผู้ตรวจประสงค์ขอทราบรายละเอียดทางการแพทย์จากแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาข้าพเจ้าครั้งก่อน ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้รับการตรวจ อนุญาตให้แพทย์ผู้ประสงค์ขอทราบรายละเอียดได้รับข้อมูลดังกล่าวจาก

(It, as a result of this or subsequent examinations for the purposes of assessing my medical fitness for duty at sea, the examining medical officer requires relevant medical details from my treating medical advisor(s) permission is hereby granted to obtain information from) :

~~นายแพทย์/แพทย์หญิง~~ (Dr.) น.อ.หญิง ฐิติมา พรหมศิริ , Dr.Thitima Promsiri

โรงพยาบาล (Hospital) รพ.ทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ , Bangkok naval Hospital

โทรศัพท์ (Tel.) (+66) 0 2475 2404 , (+66) 08 1551 8979

ที่ตั้งของที่ทำงาน (Office address) 224 Rimthangrod fi rd. Bangna Bangkok Thailand

นายแพทย์/~~แพทย์หญิง~~ (Dr.) น.อ.ยุทธนา โทมอญ , Dr.Yutthana Tomorn

โรงพยาบาล (Hospital) รพ.ทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ , Bangkok naval

Hospital โทรศัพท์ (Tel.) (+66) 0 2475 2404 , (+66) 08 5553 4418

ที่ตั้งของที่ทำงาน (Office address) 224 Rimthangrod fi rd. Bangna Bangkok Thailand

นายแพทย์/~~แพทย์หญิง~~ (Dr.) น.ท.คมรัฐ วิพุทธิกุล , Dr.Komrat Viputtikul

โรงพยาบาล (Hospital) รพ.ทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ , Bangkok naval

Hospital โทรศัพท์ (Tel.) (+66) 0 2475 2462

ที่ตั้งของที่ทำงาน (Office address) 224 Rimthangrod fi rd. Bangna Bangkok Thailand

ลายเซ็นผู้กรอก (Applicant's signature).....

วัน/เดือน/ปี (Date/Month/Year)...../...../.....

ส่วนที่ 2 (Part 2)

การตรวจสุขภาพ
Health Inspection

สายตา (Vision)

ใช้แว่น (glasses) หรือ contact lenses: ใช่ (Yes)/ไม่ใช่ (No) [ถ้าใช่ ถ้าใช่ให้ระบุสายตาของท่าน (If “Yes”, please give specification of eyesight examination)].....

Visual Acuity

ระยะ ทดสอบ	ไม่มีเครื่องช่วย			มีเครื่องช่วย		
	ตาขวา (Right eye)	ตาซ้าย (Left eye)	สองตา (Binocular)	ตาขวา (Right eye)	ตาซ้าย (Left eye)	สองตา (Binocular)
ไกล (Distant)						
ใกล้ (Near)						

ลานสายตา (Visual fields a.m. Donders)

การทดสอบลานสายตา	ปกติ (Normal)	ผิดปกติ (Abnormal)
ตาขวา (Right eye)		
ตาซ้าย (Left eye)		

การมองเห็นสี [Color Vision-Ishihara Color test 24 p/38 pl (if not normal, refer to closer examination)]

ไม่ได้ตรวจ (Not tested) ปกติ (Normal) สงสัย (Doubtful) ผิดปกติ (Defective)

การได้ยิน (Hearing)

การทดสอบการได้ยิน	Pure tone audiometry (threshold values in dB)			
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz
หูขวา (Right ear)				
หูซ้าย (Left ear)				

การทดสอบด้วยการพูดและเสียงกระซิบ (whisper test) หน่วยเป็นเมตร

การทดสอบเสียงกระซิบ	ปกติ (Speech)	กระซิบ (Whisper)
หูขวา (Right ear)		
หูซ้าย (Left ear)		

ผลการตรวจ (Clinical findings)

ส่วนสูง (Height).....ซม. (cm) น้ำหนัก (weight).....กก. (Kg)

อัตราการจร/นาที่ (Pulse rate/min) จังหวะ (Rhythm).....

ความดันโลหิต (Blood pressure): Systolic:มม.ปรอท (mmHg)

Diastolic:มม.ปรอท (mmHg)

การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis):

น้ำตาล (Glucose): โปรตีน (Protein): เลือด (Blood):

Organ or system	ปกติ (Normal)	ผิดปกติ (Abnormal)
ศีรษะ (Head)		
ไซนัส จมูก คอ (Sinuses, nose, throat)		
ปาก/ฟัน (Mouth/teeth)		
หู (ทั่วไป) Ears (general)		
แก้วหู (Ear drum)		
ตา (eye, vision)		
ตรวจด้วย Ophthalmoscopy		
รูม่านตา (pupils)		
การเคลื่อนไหวลูกตา (Eye movement)		
ปอดและทรวงอก (Lung and chest)		
การตรวจเต้านม (กรณีมีข้อบ่งชี้) (Breast examination) (Only when clinically indicated)		
หัวใจ (Heart)		
ผิวหนัง (Skin)		
เส้นเลือดขอด (varicose vein)		
เส้นเลือดส่วนปลาย (Vascular) (incl. pedal pulses)		
ท้องและอวัยวะภายใน (Abdomen and viscera)		
ไส้เลื่อน (Hernia)		
รูทวาร (กรณีมีข้อบ่งชี้) (rectal examination. Only when clinically indicate)		

Organ or system	ปกติ (Normal)	ผิดปกติ (Abnormal)
ทางเดินปัสสาวะ (กรณีมีข้อบ่งชี้) (Urinary system) (only when clinically indicated)		
แขน ขา (Extremities)		
กระดูกสันหลัง (ส่วนต้นคอ ทรวงอก สะโพก และก้นกบ) (C,T,L,S-Spine)		
ระบบประสาท (ครบ/ย่อ) [Neurologic (full/brief)]		
สภาพจิต (Psychiatric)		
ลักษณะทั่วไป (General impression)		

ภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ (Not test)	<input type="checkbox"/> ทำเมื่อวันที่ (Date of test).....
--	--

ผล (Result):

การตรวจวินิจฉัยอื่นๆ และผล (Other diagnostics and results.)

การทดสอบ (Test used):	ผล (Result):

การประเมินความพร้อมสำหรับการทำงานในทะเล

(Individual decision of the clinical examination, the diagnostic test result and declaration of unfitness):

การประเมินความพร้อมการให้บริการในทะเล

(Regulation medication allowed while in service on board ship.)

ตามที่ ผู้เข้ารับการตรวจได้กรอกข้อมูล และตามผลการตรวจของข้าพเจ้าและการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการข้างต้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้เข้ารับการตรวจ (On the basis of the seafarer's self-declaration, my clinical examination, the diagnostic test results recorded above and the medical reports mentioned, I declare the seafarer medically) :

<input type="checkbox"/> สามารถทำงานได้ (Fit for work)	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ (Not Fit for work)			
	Deck service	Engine service	Catering service	งานอื่นๆ (Other work)
พร้อมสำหรับ (Fit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไม่พร้อมสำหรับ (Not fit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ไม่มีข้อจำกัด (No Limitation)	<input type="checkbox"/> มีข้อจำกัด (Limitation)	ต้องใช้เครื่องช่วยมองเห็น (Visual aid) <input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)		

ระบุข้อจำกัด เช่นตำแหน่ง ชนิดของเรือ เขตการเดินเรือ หรือสภาวะอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (If restrictions or limitations) specific position, type of ship, trade area, other conditions that shall apply), please specify:

วันที่ใบรับรองแพทย์ (วัน/เดือน/ปี) (Date).....

วันที่ออกใบรับรองแพทย์ (วัน/เดือน/ปี) (Certificate date).....

จำนวนใบรับรองแพทย์ (Number of medical certificate).....

ข้อมูลแพทย์ (ชื่อ, เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ, ที่อยู่) (Name of Approved physician, Address,)

