



แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของผู้สมัครงานตามจริง

| | |
|---|--|
| <p>1. ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาโรคต่อไปนี้อย่างไรหรือไม่โรคเกี่ยวกับ ตา หู จมูก หรือคอ, วังเวียนศรีษะบ่อย ๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) อัมพาต,แขนขาอ่อนแรง, โรคจิต, โรคทางสมองหรือระบบประสาท, บ้วนเป็นเลือด, วัณโรค, โรคหืด หอบ, โรคปอดอักเสบ หรือโรคไตโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ, อาการเจ็บหน้าอก, ความดันโลหิตสูง, พรายยา, โรคเลือด, เส้นเลือดหรือโรคหัวใจ, อาหารไม่ย่อยบ่อย ๆ (ท้องอืด), แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้, ไล้เลื่อน, ริดสีดวงทวาร หรือโรคไต ๆ เกี่ยวกับตับ, ฤุ่นน้ำดี, กระเพาะอาหารหรือลำไส้, ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง), โรคในช่องท้อง, โรคไต, นิ่ว, กามโรค, หรือโรคไต ๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ, โรคเบาหวาน, คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ, โรคมะเร็ง, เนื้อเยื่อ ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใด ๆ ที่งอกขึ้น หรือโตขึ้นผิดปกติ, ไข้เรื้อรัง, ไข้รูมาติก, ข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์ หรือโรคไต ๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง, กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ, มีความบกพร่อง หรือพิการทางร่างกาย</p> | <p><input type="checkbox"/> เคย ระบุโรค..... รักษาที่โรงพยาบาล.....</p> |
| <p>2. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่นการเอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพยาบาลที่ได้ระบุไว้ข้างต้น</p> | <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> (นาน ๆ ครั้ง)</p> <p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค</p> |
| <p>3. บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่าน เคยเป็นโรคเบาหวาน, โรคจิต, โรคไต, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง, โรคเลือด, วัณโรค, โรคเอดส์หรือไม่</p> | <p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย โรค.....</p> |
| <p>4. ท่านเคยเสพยาหรือสารเสพติดใด ๆ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมามาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ พิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดบ้างหรือไม่</p> | <p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> |
| <p>5. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าเคย สูบมานาน.....ปี ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ประมาณวันละ.....มวน ท่านสูบบุหรี่ชนิดอื่นหรือไม่</p> | <p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> |
| <p>6. ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่ไต นม ซ่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ หรือเคยแท้งบุตร หรือ คลอดบุตรยากหรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือการคลอดหรือไม่</p> | <p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> |

หมายเหตุ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความนี้เป็นความจริงทุกประการ"

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครงาน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....