



กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์

แบบบันทึกการตรวจสอบสภาพการได้ยิน

เลขที่.....

- ชื่อสถานประกอบการ.....
- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
- วัน/เดือน/ปี/เกิด..... ระดับการศึกษา.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
- ทำงานแผนก..... หน้าที่.....
ทำงานแผนกนี้มานาน.....ปีเดือน ทำงานสัปดาห์ละ.....วัน วันละ.....ชั่วโมง
- ระยะเวลาทำงานในสถานประกอบการนี้นาน.....ปีเดือน (อายุงาน)
- ปัจจุบันใช้อุปกรณ์ป้องกันหูชนิด
 ปลั๊กอุดหู ยี่ห้อ/รุ่น..... NRR = ระยะเวลาที่ใช้.....ชม.
 ที่ครอบหู ยี่ห้อ/รุ่น..... NRR = ระยะเวลาที่ใช้.....ชม.
 อื่น ๆ ระบุ.....
- ประวัติการทำงาน เคยทำงานในที่ที่มีเสียงดังมาก่อนทำงานในแผนกนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย
ระบุรายละเอียด
1. แผนก/โรงงาน..... ทำนาน.....ปี การใช้ PPE ไม่ใช่ ใช่
2. แผนก/โรงงาน..... ทำนาน.....ปี การใช้ PPE ไม่ใช่ ใช่
- ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการใดบ้าง (ใส่ ลงช่อง) ไม่เคยเป็น เป็น ระบุโรค
 หูน้ำหนวก เป็นหวัดเจ็บคอบ่อย ๆ กินยาหรือฉีดยาจนหูตึง
 อุบัติเหตุที่ศีรษะ/หู ไซนัสอักเสบ เวียนศีรษะบ้านหมุน
 ปวดหูหลังได้ยินเสียงดังมาก ๆ เป็นฝีหลังกกหู อื่น ๆ ระบุ.....
- เคยมีเสียงรบกวนในหูหรือไม่ ไม่เคย เคยได้ยินเสียงสูงเหมือนเสียงจิ้งหรีด
 เคยได้ยินเสียงลมพัดซู่
- การได้ยินขณะนี้เป็นอย่างไร ปกติ ได้ยินแต่ไม่ค่อยชัดเจน
- การเตรียมตัวก่อนมาตรวจ ตอบได้หลายข้อ
 ท่านทำงานวันสุดท้ายก่อนมาตรวจการได้ยิน วันที่..... เดือน..... ออกจากกะเวลา.....
 ไม่ได้หยุดงาน ไม่ได้ใช้เครื่องป้องกันหู
 ไม่ได้หยุดงาน แต่ใช้เครื่องป้องกันหู ระบุ รุ่น..... NRR = ระยะเวลาที่ใช้.....ชม.

ผู้กรอกข้อมูล.....

