



ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน  
เรื่อง หลักเกณฑ์การกำหนดระยะเวลาการตรวจสุขภาพและจัดทำบัตรตรวจสุขภาพ  
ของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดให้นายจ้าง ต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำได้รับการตรวจสุขภาพตามกำหนดระยะเวลา และจัดทำบัตรตรวจสุขภาพ ลูกจ้างไว้ ตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับงานประดาน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๓ อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ ได้รับการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ เวชศาสตร์ใต้น้ำ หรือแพทย์เวชศาสตร์ทางทะเล หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ใต้น้ำ หรือด้านเวชศาสตร์ทางทะเล ตามกำหนดระยะเวลาดังต่อไปนี้

- (๑) ตรวจสุขภาพลูกจ้างครั้งแรกให้เสร็จสิ้นก่อนให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ
- (๒) ตรวจสุขภาพลูกจ้างอย่างน้อย ๑๒ เดือน ต่อ ๑ ครั้ง
- (๓) ตรวจสุขภาพลูกจ้างที่มีอายุ ตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป อย่างน้อย ๖ เดือนต่อ ๑ ครั้ง
- (๔) เมื่อกรณีลูกจ้างเกิดอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานประดาน้ำ นายจ้าง ต้องจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาโดยทันที และจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา
- (๕) ในกรณีลูกจ้างได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานประดาน้ำ หรือเจ็บป่วย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพอนามัย และแพทย์มีความเห็น ให้ต้องตรวจสุขภาพของลูกจ้างก่อนกลับเข้าทำงาน

ข้อ ๒ ในการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ โดยแพทย์ตามข้อ ๑ หากพบความผิดปกติ ในร่างกายของลูกจ้างหรือลูกจ้างเจ็บป่วย และให้ความเห็นว่าการตรวจสุขภาพในครั้งนั้นขัดต่อการทำงานประดาน้ำ ให้นายจ้างปฏิบัติ ดังนี้

- (๑) ไม่ให้ลูกจ้างทำงานประดาน้ำ
- (๒) ให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสมทางการแพทย์

ข้อ ๓ ให้นายจ้างจัดทำบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้าง โดยให้เป็นไปตามแบบและรายละเอียด  
ท้ายประกาศนี้ และเก็บบัตรตรวจสุขภาพของลูกจ้างไว้ ณ สถานที่ประกอบกิจการของนายจ้าง พร้อมให้พนักงาน  
ตรวจความปลอดภัย ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

อภิญา สุจิตตานันท์

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

**บัตรตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ (ประวัติทางการแพทย์)**

1. ชื่อ - สกุล		2. หมายเลขบัตรประชาชน				3. วันที่ตรวจ		
4. หน่วยงานหรือสถานประกอบการ			5. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้			6. อีเมลในการติดต่อ		
7. วัน เดือน ปีเกิด	8. อายุ	ปี	9. เพศ	10. ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่ทำงาน				
13. ยาและขนาดที่รับประทานประจำ				11. นามหน่วยตรวจสอบสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่				
14. สถานะสุขภาพปัจจุบัน								
15. การแพ้ (ยา, สารเคมี, แมลง)				12. คุณวุฒิผู้ตรวจ				
16. ประวัติปัจจุบันและอดีต ทางการแพทย์ (ท่านมี เคยมี เป็น หรือเคยเป็น ดังต่อไปนี้หรือไม่)								
	ใช่	ไม่		ใช่	ไม่		ใช่	ไม่
ก. โรคหัวใจทรวงอก หรือไม่สามารถปรับความดันในหู			ท. เบาหวาน			ฟ. นอนในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุใดๆ (อธิบายด้านล่าง)		
ข. โรคจากการดำน้ำ			ฅ. ความผิดปกติของผนังหัวใจและลิ้นหัวใจ			ภ. รับประทานยาใดๆ (กรอกด้านบน)		
ค. ซึมเศร้า, วิตกกังวล, กลัวที่แคบ หรือโรคจิตเวชอื่นๆ			ฉ. ปัญหาการเดินผิดจังหวะของหัวใจ			ม. แพ้ยา แพ้อาหาร หรือแพ้สารใดๆ (กรอกด้านบน)		
ฌ. การผ่าตัดตา			ด. จำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ			ย. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)		
ง. เส้นดัดสันหลังขณะทุกรณมี			ต. ไม่สามารถออกกำลังกาย			ร. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณ)		
จ. ลมชักหรือภาวะชักอื่นๆ			ถ. ความดันโลหิตสูง			ล. ประวัติตนเองหรือคนในครอบครัวมีไขมันในเลือดสูง		
ฉ. อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความบกพร่องทางระบบประสาท			ท. ปอดแฟบ			ว. ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง		
ช. โรคของสมองและไขสันหลัง			ธ. โรคหืด และปอดอุดกั้นหรือหดรัดเรื้อรัง			ศ. ประวัติคนในครอบครัวมีเบาหวาน		
ซ. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง			น. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด			ซ. การติดยากล่อมประสาท รวมถึงแอลกอฮอล์		
ฅ. ปัญหาเวียนศีรษะ			บ. วันโรค			ส. การใช้สารเสพติด		
ฉ. อุบัติเหตุทางศีรษะ			ป. โรคปอดอื่นๆ			ท. ปัญหาไทรอยด์		
ค. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย			ผ. ตั้งครรภ์ หรือขาดประจำเดือน			ฑ. ปัญหาและความผิดปกติของกระดูกและข้อ		
ก. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ			ฝ. การผ่าตัดใดๆ (อธิบายด้านล่าง)			อ. ประวัติป่วยเป็นโรคโควิด - 19 (COVID - 19)		
ข. โรคไส้เลื่อน			พ. โรคเมเร็ง					
17. อธิบายคำตอบว่า "ใช่" ในทุกช่องตามคำถามด้านบน								
ข้าพเจ้าให้คำรับรองว่า คำตอบและข้อมูลด้านบนเป็นจริง ถูกต้อง และสมบูรณ์								
18. ชื่อ - สกุลของผู้เข้าตรวจ			19. ลายมือชื่อ			20. วันที่		
21. แพทย์ผู้ตรวจรวบรวมความบกพร่อง								
22. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ			23. ลายมือชื่อ			24. วันที่		

**บัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ (การตรวจทางการแพทย์)**

25. ชื่อ - สกุล	26. หมายเลขบัตรประชาชน	27. วันที่ตรวจ
-----------------	------------------------	----------------

**28. การวัดต่างๆ และสิ่งที่ยกเว้น**

ก. น้ำหนัก ..... กก. ส่วนสูง ..... ซม. BMI ..... กก./ตร.ม.	ค. ความดันโลหิต ครั้งที่ 1 ...../..... ครั้งที่ 2 ...../..... ครั้งที่ 3 ...../.....	ม. วัดสายตาระยะใกล้		จ. วัดสายตาระยะไกล		ข. การวัดเส้นรอบวง (บันทึกเป็นซม.เต็มเมตร) รอบคอ ..... ซม. รอบสะโพก (ชาย) ..... ซม. รอบเอว (หญิง) ..... ซม. รอบสะโพก (หญิง) ..... ซม.
		RIGHT 20/	CORR. 20/	RIGHT 20/	CORR. 20/	
		LEFT 20/	CORR. 20/	LEFT 20/	CORR. 20/	
ข. ชีพจร ..... ครั้ง/นาที		ง. การทดสอบการมองเห็นสี <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน		ฉ. การมองเห็นความลึก <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน		

**29. การประเมินทางคลินิก**

NML	ABL	NE	ภาคร่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	ภาคร่องหมายในช่องให้เหมาะสม หากไม่ได้ประเมินให้เขียน NE	NML	ABL	NE
			ก. HEAD, FACE, NECK, AND SCALP	ข. PROSTATE (Over 40 or clinically indicated)			
			ข. EARS-GENERAL (Internal Canals)	ฉ. TESTICULAR			
			ค. DRUMS (Perforation) (TMs move with valsalva)	ณ. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulae)			
			ง. NOSE	ด. ENDOORINE SYSTEM			
			จ. SINUSES	ต. G-U SYSTEM			
			ฉ. MOUTH AND THROAT (Including dentition)	ถ. UPPER EXTREMITIES (Strength, motor, sensory, ROM)			
			ค. EYES-GENERAL (Visual acuity on next page)	ท. FEET			
			ข. OPHTHALMOSCOPIC	ธ. LOWER EXTREMITIES (Except feet) (Strength, Motor, Sensory , ROM)			
			ช. PUPILS (Equality and reaction)	น. SPINE, OTHER MUSULOSKELETAL			
			ฅ. OCULAR MOTILITY (Associated parallel movement nystagmus)	บ. SKIN, LYMPHATICS			
			ฉ. LUNGS AND CHEST	ป. NEUROLOGIC			
			ค. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)	ผ. PSYCHIATRIC			
			ค. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)	ฝ. BREASTS			
			จ. ABDOME AND VISCERA (Include hernia)	พ. PELVIC (Female only)			

ฟ. บันทึก (อธิบายความผิดปกติที่พบในรายละเอียด โดยเลือกหมายเลขชื่อก่อนคำอธิบาย ใช้กระดาษเพิ่มเติมหากจำเป็น)

ก. บันทึกทางทันตกรรม

ทันตแพทย์	ลายมือชื่อ ทันตแพทย์	วันที่
-----------	----------------------	--------

**30. ผลการทดสอบ (แนบผลการตรวจ)**

ก. การตรวจปัสสาวะ (1) Microscopic: RC = ..... WC = ..... (2) Protein: ..... (3) Sugar: .....	ค. การตรวจค่าทางเคมีในเลือด FBS: ..... BUN: ..... Cr: ..... Chol: ..... TG: ..... HDL-C: ..... LDL-C: ..... SGOT: ..... SGPT: ..... AP: .....	ช. Audiogram	HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
			Right								
		Left									
ข. การตรวจนับเม็ดเลือด Hb/Hct : ..... / .....	ม. ผล CHEST X-RAY:	ณ. ผล SPIROMETRY ก่อนออกกำลังกาย หลังออกกำลังกาย									
	ง. ผล EKG:	FVC = ..... ลิตร (.....%PRED) FVC = ..... ลิตร (.....%PRED) FEV1 = ..... ลิตร (.....%PRED) FEV1 = ..... ลิตร (.....%PRED) FEV1/FVC = .....% FEV1/FVC = .....%									
	จ. ผล Exercise Test:	ญ. Tympanogram : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal									
ด. Pressure Test <input type="checkbox"/> 60 Feet <input type="checkbox"/> ระบุความลึก ..... <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน ลายมือชื่อ ผู้ควบคุมการดำ .....		ฎ. Sharpened Romberg Test Score = ...../60 + ...../60 + ...../60 + ...../60 = ...../240									
ข. Thai CV Risk Score = ..... จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง = .....		ฏ. Other:									

31. ข้อสรุปความบกพร่องและการวินิจฉัย:

<input type="checkbox"/> สุขภาพไม่ขัดต่อการทำงานประดาน้ำ (Medically fit to dive)	<input type="checkbox"/> สุขภาพขัดต่อการทำงานประดาน้ำ (Medically unfit to dive)
ข้อจำกัด (Restriction) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ .....	<input type="checkbox"/> ถาวร (Permanent) <input type="checkbox"/> ชั่วคราว .....

32. คำแนะนำ

33. ชื่อ - สกุล แพทย์ผู้ตรวจ	34. ลายมือชื่อ	35. วันที่
------------------------------	----------------	------------