แบบซักประวัติคัดกรองการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น
หน่วยงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

ชื่อ-สกุล..อายุ...........ปี เพศ...................................

ส่วนสูง................. เซนติเมตร น้ำหนัก .... กิโลกรัม ความดันโลหิต.......................... mmHg

ลักษณะงานปัจจุบัน.. อายุงาน .... ปี

ระยะเวลาการทำงานวันละ .... ชม./วัน เฉลี่ย .... วัน/สัปดาห์

1. การคัดกรองก่อนเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น (ตอบใช่ทั้ง 2 ข้อ สามารถเข้ารับการตรวจได้)

1.1 งดสัมผัสแสงจ้า 8 ชั่วโมง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1.2 ไม่มีการอักเสบหรือโรคติดเชื้อทางตา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. การเตรียมตัวก่อนการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น

2.1 นำแว่นสายตามาด้วย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.2 การสวมแว่นสายตาขณะทำงาน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ประวัติการเจ็บป่วย

3.1 ท่านมีปัญหาสุขภาพเหล่านี้หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ โรคภูมิแพ้ ☐ สายตาสั้น ☐ สายตายาว
☐ สายตาเอียง ☐ ตาบอดสี ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิต ☐ อื่นๆระบุ.........................

3.2 ท่านมีประวัติการประสบอุบัติเหตุเกี่ยวกับศีรษะหรือดวงตา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ....

3.3 ขณะนี้ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

- ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ☐ ไม่มีอาการ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ เป็นบ่อยๆ
- ตาพร่ามัว/เคืองตา ☐ ไม่มีอาการ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ เป็นบ่อยๆ
- ตาแห้ง แสบตา ☐ ไม่มีอาการ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ เป็นบ่อยๆ
- น้ำตาไหล ☐ ไม่มีอาการ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ เป็นบ่อยๆ

☐ นอนไม่หลับ ☐ หงุดหงิดไม่มีสมาธิ ☐ อื่นๆ..

4. ประวัติการสัมผัสสิ่งแวดล้อมในการทำงานและอุปกรณ์ป้องกันสายตา

4.1 ท่านคิดว่าแสงสว่างในการทำงานเพียงพอ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.2 ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันแสงที่ส่งผลกระทบกับสายตา ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ดังนี้
☐ แว่นกันรังสี ☐ แว่นงามเชื่อม ☐ อื่นๆ...