

แบบซักประวัติคัดกรองการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน

หน่วยงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

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

ลักษณะงานปัจจุบัน..... อายุงาน ปี

ระยะเวลาการทำงานวันละ ชม./วัน เฉลี่ย วัน/สัปดาห์

1. การคัดกรองก่อนเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (ตอบใช้ทั้ง 2 ข้อ สามารถเข้ารับการตรวจได้)

1.1 งดสัมผัสเสียงดังก่อนการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน อย่างน้อย 12 ชั่วโมง ใช่ ไม่ใช่

1.2 ขณะนี้ท่านไม่มีอาการหวัด คัดจมูก หูอื้อ ใช่ ไม่ใช่

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 ท่านเคยเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย ดังนี้ โรคหูน้ำหนวก คางทูม

เยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัณโรค เบาหวาน อื่นๆระบุ.....

2.2 ท่านมีประวัติการประสบอุบัติเหตุเกี่ยวกับศีรษะหรือหู ไม่มี มี ระบุ

2.3 ท่านมีประวัติการผ่าตัดสมอง/การผ่าตัดหู ไม่มี มี ระบุ

2.4 ท่านมีประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อการได้ยินลดลง ไม่มี ไม่แน่ใจ มี ระบุ

2.5 ขณะนี้ท่านมีมีเสียงดังในหู ใช่ ไม่ใช่

2.6 ขณะนี้ท่านมีความผิดปกติหรือการได้ยินลดลง ไม่มี มี ระบุ.....

2.7 ขณะนี้ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ หูอื้อ

นอนไม่หลับ หงุดหงิดไม่มีสมาธิ อื่นๆ.....

3. ประวัติการทำงานเสียงดังและอุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง

3.1 ท่านเคยรับราชการทหาร ใช่ ไม่ใช่

3.2 ท่านทำงานในสถานที่เสียงดังมาก ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

3.3 ท่านทำงานพิเศษหรืองานอดิเรกที่สัมผัสเสียงดัง ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

3.4 ท่านทราบผลการตรวจวัดสิ่งแวดล้อมเสียงดังในที่ทำงานมากกว่า 80 dBA ทราบ ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ

3.5 ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง ไม่ใช่ ใช่ ดังนี้

จุกอุดหู(Ear plug) ที่ครอบหู(Ear muff)

3.6 ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง ไม่เคยใช้ ใช้เป็นบางครั้ง ใช้ทุกครั้งตลอดการทำงาน