



PTTEP Medical Questionnaire Report

Please answer the health questions. If you are not sure, please ask your occupational medicine what it means. Your health advisor may ask you additional questions during the examination.

กรุณาดอบคำถามสุขภาพ หากไม่แน่ใจ กรุณาสอบถามแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ของคุณอาจจะมีการถามคำถามเพิ่มเติมระหว่างการตรวจร่างกาย

PART 1: PERSONAL DETAILS (ประวัติส่วนตัว)

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|---|--|
| Name: ชื่อ-สกุล | | | | | | | | |
| Date of Birth: (D/M/Y) วันเดือนปีเกิด | Sex เพศ | | Age: อายุ | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Male ชาย | <input type="checkbox"/> Female หญิง | | | | | | |
| Address: ที่อยู่ | | | | | | | | |
| Telephone No: หมายเลขโทรศัพท์ | Mobile No: โทรศัพท์มือถือ | | | | | | | |
| Nationality: สัญชาติ | ID No. / Passport No: หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง | | | | | | | |
| Marital Status: สถานภาพการสมรส | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Single โสด | | | | | <input type="checkbox"/> Married สมรส | <input type="checkbox"/> Widower/Widow พอม่ายหรือแม่ม่าย | <input type="checkbox"/> Divorced หย่า | <input type="checkbox"/> Separated แยกกันอยู่ |
| Job Title: ตำแหน่งงาน | | | | | | | | |
| Job Type: ลักษณะงาน | <input type="checkbox"/> Office สำนักงาน | <input type="checkbox"/> Onshore แหล่งผลิตบนฝั่ง | <input type="checkbox"/> Offshore แหล่งผลิตนอกชายฝั่ง | | | | | |
| Company: บริษัท | Office Telephone No: หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน | | | | | | | |
| PTTEP Work Location: สถานที่ปฏิบัติงานกับ ปตท.สผ. | <input type="checkbox"/> ART โครงการอาทิตย์ | <input type="checkbox"/> GBN โครงการบงกชเหนือ | <input type="checkbox"/> GBS โครงการบงกชใต้ | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> BARGE เรือ | <input type="checkbox"/> RIG ริก | <input type="checkbox"/> OTHER อื่นๆ โปรดระบุ | | | | | |

PART 2 : PAST WORKING HISTORY (ประวัติการทำงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน)

| Details รายละเอียด | From Past – Present จากอดีต - ปัจจุบัน | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 st Company สถานประกอบการที่ 1 | 2 nd Company สถานประกอบการที่ 2 | 3 rd Company สถานประกอบการที่ 3 | 4 th Company สถานประกอบการที่ 4 |
| Company Name: ชื่อสถานประกอบการ | | | | |
| Industry Type: ประเภทกิจการ | | | | |
| Work Type: ลักษณะงานที่ทำ | | | | |
| Period of service: (D/M/Y till D/M/Y) ระยะเวลาที่ทำ (ว/ด/ป - ว/ด/ป) | | | | |
| Occupational Health Hazard exposure, please provide detail: โปรดระบุปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ | | | | |
| Type of personal protective equipment (PPE) which you have ever used: โปรดระบุชนิดของอุปกรณ์ ป้องกันอันตราย (PPE) ที่เคยใช้ | | | | |

PART 3 : PERSONAL MEDICAL ILLNESS/INJURY HISTORY (ประวัติการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยส่วนตัว)

Have you ever had any illness, operation or been in hospital of any diseases mentioned below? Or do you currently have any of the medical problems mentioned below?

ท่านเคยเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือเคยเข้ารับการผ่าตัด หรือกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคดังตารางข้างล่างนี้หรือไม่

| DISEASES/SYMPOMS โรค/อาการ | YES ใช่ | NO ไม่ใช่ | PROVIDE DETAILS โปรดระบุ รายละเอียด | DISEASES/SYMPOMS โรค/อาการ | YES ใช่ | NO ไม่ใช่ | PROVIDE DETAILS โปรดระบุ รายละเอียด |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. Pulmonary Tuberculosis โรควัณโรคปอด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 15. Gallstone นิ่วในถุงน้ำดี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Any sexual transmitted diseases โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 16. Back pain/ joint pain/ muscle pain โรคปวดหลัง/ ปวดข้อต่อ/ ปวด กล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Cancer โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 17. Epilepsy/ Seizures โรคลมชัก/ ลมบ้าหมู | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Any Haematological disease โรคเลือดชนิดต่าง ๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 18. Headache / Migraine ปวดศีรษะ/ โรคไมเกรน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. High blood pressure โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 19. Any endocrine disorders โรคทางระบบต่อมไร้ท่อชนิดต่างๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Any Heart diseases โรคหัวใจชนิดต่าง ๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 20. Urinary tract stone โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Any peripheral circulation diseases/ Varicose veins โรกระบบหมุนเวียนโลหิตส่วน ปลาย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 21. Peptic ulceration / gastritis/ Esophagitis/ GERD/ Colitis/ IBS โรคแผลในกระเพาะอาหาร/ หลอด อาหารอักเสบ/ กรดไหลย้อน/ ลำไส้อักเสบ / ลำไส้แปรปรวน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Any Cerebrovascular diseases โรคหลอดเลือดสมองชนิดต่าง ๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 22. Prostatitis/ BPH โรคต่อมลูกหมากอักเสบ/ โรค ต่อมลูกหมากโต | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Pneumothorax เคยมีลมรั่วในปอด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 23. Any mental disorders โรคทางจิตประสาทชนิดต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล, ภาวะ ซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. COPD/ Asthma โรคถุงลมโป่งพอง/ หอบหืด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 24. Renal impairment/ failure มีภาวะการทำงานของไตเสื่อม, โรคไตวาย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Vertigo / Meniere's disease โรคเวียนศีรษะ/ น้ำในหูไม่ เท่ากัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 25. Hemorrhoids/ anal abscess and fistulae ริดสีดวงทวาร/ ฝีคัณฑสูตร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Hernia โรคไส้เลื่อน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 26. Allergies โรคภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Diabetes โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 27. Any skin disease โรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Liver disease โรคตับ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 28. Psoriasis โรคสะเก็ดเงิน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

PART 4 : GENERAL MEDICAL QUESTIONNAIRES (แบบสอบถามด้านการแพทย์ทั่วไป)

| GENERAL MEDICAL QUESTIONNAIRES (แบบสอบถามด้านการแพทย์ทั่วไป) | | YES ใช่ | NO ไม่ใช่ | PROVIDE DETAILS โปรดระบุนรายละเอียด | |
|---|--|---|--------------------------|--|--|
| 1 | Do you smoke? If yes, please provide number of cigarettes per day คุณสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่, กรุณาระบุจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2 | Do you drink alcohol? If yes, please provide number of units per week. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หากดื่ม กรุณาระบุปริมาณที่ดื่มต่อสัปดาห์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | Do you use illicit drugs? คุณมีการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายหรือไม่? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | Have you ever been treated for alcohol or substance abuse? คุณเคยได้รับการรักษา/ บำบัดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดหรือไม่? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | Have you any allergies to food, medication, or to environment allergens? คุณมีประวัติแพ้อาหาร ยา หรือมีการแพ้สารจากสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสหรือไม่ ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6 | Have you ever received vaccinations? (Names mentioned below) Please provide date of last vaccination/ immunity. ท่านเคยรับวัคซีนเหล่านี้หรือไม่ ? หากเคยได้รับ กรุณาระบุวันที่ที่ได้รับวัคซีนครั้งล่าสุด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | • Typhoid (ไทฟอยด์) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | • Influenza (ไขหวัดใหญ่) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | • Tetanus (บาดทะยัก) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | • Yellow Fever (ไข้เหลือง) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | • Hepatitis A (ตับอักเสบบี) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | • Hepatitis B (ตับอักเสบบี) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6 | • Varicella (สุกใส) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 7 | Are you taking non-prescription or prescription medications? Please list the dosage. ท่านกำลังรับประทานยาใดเป็นประจำหรือไม่ ? โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 8 | Have you ever been rejected from employment on medical grounds? คุณเคยออกจากงาน โดยมีเหตุจากปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 9 | Have you ever developed any medical condition in connection with your occupation? If so, please give details: e.g. hearing loss/ skin condition/ wheeze/ backache/ muscle strain/ blood disease คุณเคยได้รับการรักษาทางการแพทย์ โดย เหตุเกิดจากการทำงานหรือไม่ ? ถ้าเคย กรุณาระบุ รายละเอียด เช่น การสูญเสียการได้ยิน/ โรคผิวหนัง/ การหายใจติดขัด/ ปวดหลัง/ โรคกล้ามเนื้อ/ โรคเกี่ยวกับโลหิต | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 10 | For female , Do you have any Gynae problems? i.e. abnormal smears, painful period, pregnancy problems, and Brest lumps? สำหรับผู้หญิง ท่านมีปัญหาทางสูตินรีเวชหรือไม่ ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 11 | For female , Are you in reproductive age? If yes, please provide the FIRST DAY of last menstruation period. สำหรับผู้หญิง ท่านยังอยู่ในวัยที่มีประจำเดือนอยู่หรือไม่ ? หากมี โปรดระบุวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งล่าสุด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

PART 5 : FAMILY MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว)

| FAMILY MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว) | | YES ใช่ | NO ไม่ใช่ | PROVIDE DETAILS โปรดระบุนรายละเอียด |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | Has your father had any underlying diseases? e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease บิดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Has your mother had any underlying diseases? e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease มารดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | Have your siblings had any underlying diseases? e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease พี่น้องของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

PART 6 : SICKNESS ABSENCE (ประวัติการขาดงานจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย)

Please list how many days you have been absent from work due to sickness from both injury and illness. For each absence please also indicate the dates and the reason.

หากท่านมีประวัติการขาดงาน กรุณาระบุจำนวนวัน วันที่ที่ขาดงาน และรายละเอียดของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ขาดงานนั้น

| NUMBER OF DAYS ABSENCE จำนวนวันที่ขาดงาน | DATES OF ABSENCE (DD/MM/YY) วันที่ขาดงาน (ป/ด/ว) | PLEASE PROVIDE THE DETAIL OF ILLNESS/INJURY กรณาระบุนรายละเอียดของการบาดเจ็บเจ็บป่วย/ |
|---|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

I acknowledge that medical information stated in this form is true and correct. Failure to disclose any pre-existing medical conditions or any false information provided will be grounded for immediate dismissal of PTTEP Fit to Work or denial work permission. This includes an exclusion of any illness/ injury claims and other benefits to which I might otherwise be entitled. The details of my medical examination may be released to my own doctor and also the results may be communicated to the personnel department of the company/ PTTEP for whom this examination is carried out only for the purpose of fitness to work assessment and providing of medical service.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง ข้าพเจ้าทราบดีว่า การให้ข้อมูลอันเป็นเท็จใดๆ อีกทั้งการไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวใดๆ ก่อนหน้านี้ของข้าพเจ้า จะมีผลให้การประเมินความพร้อมด้านสุขภาพถูกยกเลิกทันที ตลอดจนจนไม่ได้รับการอนุมัติในการเดินทางไปปฏิบัติงานยังพื้นที่ปฏิบัติงานของ ปตท.สผ. และยังคงส่งผลถึงการไม่สามารถเรียกร้อง หรือร้องขอผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงจะได้รับจากทางบริษัทต้นสังกัด หรือ ปตท.สผ.

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลและรายละเอียดทางสุขภาพนี้ แก่แพทย์ประจำตัว/ แพทย์เจ้าของไข้ของข้าพเจ้า หรือมอบให้แก่บริษัทต้นสังกัด หรือ ปตท.สผ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินความพร้อมด้านสุขภาพ และการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์เท่านั้น

SIGNATURE OF EXAMINEE:

DATE:

