



ชส.1ก

()

ใบตรวจสอบสุขภาพผู้ฝากเงิน

ประเภทสหกรณ์ชีวิตและครอบครัวแบบ.....

ธนาคารออมสิน สาขา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ.....

1. ส่วนสูง / น้ำหนัก ซม. / กก.	รอบอก (หายใจเข้าเต็มที่) ซม.	รอบอก (หายใจออกเต็มที่) ซม.	รอบเอว (วัดบริเวณสะดือ) ซม.	กรณารับข้อมูลเมื่อตอบ "YES" (ระบุแยกข้อ)
2. ลักษณะของผู้รับการตรวจตามปรากฏ : ☐ สุขภาพดี ☐ สุขภาพไม่ดี ☐ สุขภาพอายุกว่าวัย				
3.				Yes/No
(a) ท่านรู้จักคุ้นเคยเป็นการส่วนตัวกับผู้รับการตรวจหรือไม่? หากรู้จัก รู้จักมานานเพียงใด?				☐ ☐
(b) ผู้รับการตรวจมีพฤติกรรมต้องสงสัยว่าติดสุราหรือไม่?				☐ ☐
(c) ผู้รับการตรวจมีลักษณะบ่งเฉพาะหรือไม่ (เช่น รอยแผลเป็น, แผลผ่าตัด, ปาน, ฯลฯ)?				☐ ☐
กรณี que ผู้รับการตรวจอายุไม่เกิน 16 ปี (ให้ตรวจข้อ d และข้อ e ด้วย)				
(d) ท่านเห็นว่าผู้เยาว์คือบุคคลที่ปรากฏตามชื่อหรือไม่?				☐ ☐
(e) ผู้เยาว์มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตทางกายภาพ, พัฒนาการทางจิตใจ, หรือปรากฏลักษณะอันผิดปกติหรือไม่?				☐ ☐
4. ท่านพบสิ่งบ่งชี้ว่าผู้รับการตรวจมีหรือเคยมีอาการของโรคหรือความผิดปกติของ :				
(a) ตา, หู, จมูก, คอ, ปาก (เช่น การทำงานเสื่อมสมรรถภาพ, สายตา, หรือการได้ยิน)				☐ ☐
(b) ต่อมน้ำลายหรือต่อมไทรอยด์อื่นๆ, ระบบเผาผลาญหรือโลหิตวิทยา				☐ ☐
(c) เต้านม (เช่น มีก้อน, ผิดรูป, รอยแผลผ่าตัดหรือผ่าตัดเต้านม)				☐ ☐
(d) ระบบทางเดินหายใจ (เช่น ปอด, เยื่อหุ้มปอด, ผนังทรวงอก)				☐ ☐
(e) ช่องท้อง (เช่น กระเพาะ, ตับ, ม้าม, ไส้เลื่อน, หรือมีก้อน)				☐ ☐
(f) ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ				☐ ☐
(g) ผิวหนัง, กระดูก, หรือข้อต่อ (เช่น เส้นเลือดขาด, ความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกาย, รอยแผลผ่าตัด)				☐ ☐
(h) ระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย (เช่น reflexes, gait, paralysis)				☐ ☐
5. หัวใจ: Apex Beat located in..... intercostal space.....inches to the left of MIDSTERNAL line. Is there any :				
(a) Hypertrophy or Oedema? Arteriosclerosis or Aneurysm				☐ ☐
(b) Murmur: (If Murmur is present, describe below.)				☐ ☐
Location: ☐ Apex ☐ base-over.....area.				
Timing: ☐ systolic ☐ diastolic ☐ presystolic				
Intensity: ☐ soft ☐ moderate ☐ loud				
Transmission: ☐ none ☐ axilla ☐ scapula				
After exercise: ☐ absent ☐ Decreased ☐ Unchanged ☐ increased				
Diagnosis:				
ท่านคาดว่าผู้รับการตรวจมีความผิดปกติที่หัวใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตหรือไม่?				☐ ☐

6. ความดันโลหิต (หากสูงกว่า 140/90 ให้วัดความดัน 3 ครั้ง) ความดันขณะหัวใจบีบตัว ความดันขณะหัวใจคลายตัว				กรุณาระบุข้อมูลเมื่อตอบ "YES" (ระบุแยกข้อ)	
7. ชีพจร ปกติ หลังออกกำลังกาย หลังพัก 3 นาที ครั้ง/นาที Irregularities Per Minute					
ในกรณีชีพจรผิดปกติ, เสี่ยงหัวใจผิดปกติ, หรือความดันสูงกว่า 150/100 ให้วัดหลังออกกำลังกาย และหลังพัก 3 นาทีด้วย					
8. ผลตรวจปัสสาวะ	Albumin	Sugar	Occult Blood	อื่น ๆ	
9. ท่านพบสิ่งบ่งชี้หรือสัญญาณที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV หรือ เอชดี หรือไม่ (a) คอมน้ำเหลืองโต (b) การติดเชื้อหรือเชื้อราในช่องปาก (c) ผื่นผิวหนังเรื้อรัง (d) งูสวัด, เริม, Psoriasis, และอื่นๆ				Yes/No ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
10. (a) ท่านพบลักษณะอันไม่พึงประสงค์อันอาจส่งผลกระทบต่ออายุขัยของผู้รับการตรวจคือ : (I) จากประวัติของผู้รับการตรวจหรือครอบครัว (II) จากการตรวจร่างกายของท่าน (b) ท่านต้องการให้มีการตรวจผู้รับการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมหรือไม่				☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
ความเห็นเพิ่มเติม: (ระบุข้อมูลตามที่ตรวจพบให้ครบถ้วน)					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตรวจร่างกายผู้รับการตรวจรายนี้ด้วยตนเอง ณ.....

เมื่อวันที่..... เวลา.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ
 (.....)
 ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....

ลงชื่อ.....พนักงานผู้หา ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ
 (.....) (.....)

หมายเหตุ: กรุณาลงชื่อต่อหน้าแพทย์ผู้ตรวจ