



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 ให้นายจ้างจัดทำบัตรตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้าง โดยให้เป็นไปตามแบบและรายละเอียดท้ายประกาศนี้ และเก็บบัตรตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างไว้ ณ สถานที่ประกอบกิจการของนายจ้าง พร้อมให้พนักงานตรวจสอบความปลอดภัย ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายอภิญา สุจริตานันท์)

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

บัตรตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานประดาน้ำ (ประวัติทางการแพทย์)

1. ชื่อ - สกุล		2. หมายเลขบัตรประชาชน		3. วันที่ตรวจ	
4. หน่วยงานหรือสถานประกอบกิจการ		5. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้		6. อีเมลในการติดต่อ	
7. วัน เดือน ปีเกิด	8. อายุ ปี	9. เพศ	10. ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่ทำงาน		
13. ยาและขนาดที่รับประทานประจำ			11. นามหน่วยตรวจสุขภาพ หรือแพทย์ผู้ตรวจและที่อยู่		
14. สถานะสุขภาพปัจจุบัน					
15. การแพ้ (ยา, สารเคมี, แมลง)			12. คุณวุฒิผู้ตรวจ		

16. ประวัติปัจจุบันและอดีต ทางกรแพทย์ (ท่านมี เคยมี เป็น หรือเคยเป็น ดังต่อไปนี้หรือไม่)

	ใช่	ไม่		ใช่	ไม่		ใช่	ไม่
ก. โรคหูดน้ำหนวก หรือไม่สามารถปรับความดันในหู			จ. เบาหวาน			ฟ. นอนในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุใดๆ (อธิบายด้านล่าง)		
ข. โรคจากการดำน้ำ			ฉ. ความผิดปกติของผนังหัวใจและลิ้นหัวใจ			ก. รับประทานยาใดๆ (กรอกด้านบน)		
ค. ซึมเศร้า, วิตกกังวล, กลัวที่แคบ หรือโรคจิตเวชอื่นๆ			ค. ปัญหาการเต้นผิดปกติของหัวใจ			ข. แพ้ยา แพ้อาหาร หรือแพ้สารใดๆ (กรอกด้านบน)		
ด. การผ่าตัดตา			ค. จำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ			ย. สูบบุหรี่ (ระบุปริมาณ)		
ง. สิ้นสติสัมปชัญญะทุกกรณี			ด. ไม่สามารถออกกำลังกาย			ร. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระบุปริมาณ)		
จ. ลมชักหรือภาวะชักอื่นๆ			ด. ความดันโลหิตสูง			ล. ประวัติตนเองหรือคนในครอบครัวมีไขมันในเลือดสูง		
ฉ. อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความบกพร่องทางระบบประสาท			ด. ปอดแฟบ			ว. ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง		
ช. โรคของสมองและไขสันหลัง			ด. โรคหืด และปอดอุดกั้นหรือหดรัดเรื้อรัง			ศ. ประวัติคนในครอบครัวมีเบาหวาน		
ช. หลอดเลือดโป่งหรือเลือดออกในสมอง			ด. สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด			ซ. การติดยาแก้ปวดประสาทรวมถึงแอลกอฮอล์		
ด. ปัญหาเวียนศีรษะ			ด. วัณโรค			ส. การใช้สารเสพติด		
ด. อุบัติเหตุทางศีรษะ			ด. โรคปอดอื่นๆ			ท. ปัญหาไทรอยด์		
ด. โรคเลือด หรือเลือดออกง่าย			ด. ตั้งครรภ์ หรือขาดประจำเดือน			ท. ปัญหาและความผิดปกติของกระดูกและข้อ		
ด. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ			ด. การผ่าตัดใดๆ (อธิบายด้านล่าง)			อ. ประวัติป่วยเป็นโรคโควิด - 19 (COVID - 19)		
ด. โรคไส้เลื่อน			ด. 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

