

แบบสอบถามการตรวจสุขภาพพิเศษ

บริษัท:
ชื่อ:

* กรุณาระบุอาการต่างๆ ที่เคยเกิดในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา:

อวัยวะ	อาการ	ความรุนแรง			อวัยวะ	อาการ	ความรุนแรง		
		สูง	กลาง	ไม่มี			สูง	กลาง	ไม่มี
ทั่วไป	ฉันไม่มีอาการอยากอาหารและน้ำหนักลด				ระบบหลอดเลือดและหัวใจ / ระบบหายใจ	หัวใจเต้นแรงในขณะที่ทำงาน			
	ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อย					ฉันใจและมีการหายใจสั้นๆ ในขณะที่ทำงาน			
	ฉันรู้สึกว่าต้องทนรับกับร่างกายของฉัน					ฉันรู้สึกแน่นที่หน้าอก			
ผิวหนัง	ฉันมีอาการคันและอาการอักเสบที่ผิวหนัง				กระดูกสันหลัง/ แขนและขา	ฉันมีเสมหะหรือไอเมื่อตอนฉันตื่นนอน			
	ฉันมีผื่นคันบนผิวหนัง					ฉันไอเมื่อกลับมาทำงานหลังจากพักผ่อน			
	ฉันพบการเปลี่ยนแปลงบางอย่างของเส้นผม, เล็บมือหรือเล็บเท้า					ปวดแขน, ขา หรือไหล่			
ดวงตา	ฉันมีอาการตาแดงและน้ำตาไหลบ่อยครั้ง				สุขภาพจิต / ระบบประสาท	มือหรือเท้ามีอาการสั่นหรือรู้สึกอ่อนแรง			
	การมองเห็นของฉันแย่งกว่าแต่ก่อน					มือหรือเท้ามีอาการชา			
	เส้นเลือดฝอยในดวงตาแตกหรือมีอาการเจ็บที่ดวงตา					นิ้วมือซีดเมื่ออากาศเย็น			
หู	ฉันได้ยินไม่ค่อยชัด				ระบบประสาท / ระบบสืบพันธุ์	มีอาการปวดเอว			
	ฉันได้ยินเสียงก้องในหู					มีอาการปวดหัว			
จมูก	มีเลือดกำเดาไหลออกมามบ่อยครั้ง					ระบบประสาท / ระบบสืบพันธุ์	ฉันรู้สึกเวียนศีรษะ		
	ฉันคัดจมูกหรือมีน้ำมูกบ่อยครั้ง				ฉันเริ่มมีอาการหลงลืมมากขึ้น				
	ฉันรับกลิ่นต่างๆ ได้ไม่ดีเหมือนเดิม				ฉันรู้สึกกังวลและกระสับกระส่าย				
ช่องปาก	เหงือกของฉันมีเลือดออกหรือปวด				ระบบประสาท / ระบบสืบพันธุ์	ศีรษะรู้สึกชาหรือฉันรู้สึกว่าเหมือนฉันเมา			
	ฉันรับรสชาติ ได้ไม่ดีเหมือนเดิม					ฉันพบว่าฉันไม่ค่อยสามารถฟังความสนใจในบางอย่างได้			
ระบบย่อยอาหาร	มีอาการปวดที่ช่องท้อง					ระบบประสาท / ระบบสืบพันธุ์	ฉันพบว่าฉันปัสสาวะลำบาก		
	ช่องปากมีรสเหมือนโลหะ				ร่างกายของฉันบวมได้ง่าย				
	ฉันมีอาการท้องผูก				ฉันต้องทนกับอาการประจำเดือนมาไม่ปกติ				
						ฉันเคยแท้งบุตร			

กรณาระบุอาการอื่นๆ, ถ้ามี:

* คุณเคยเกิดปัญหาสุขภาพ (ปัญหาทางด้านร่างกาย) ในที่ทำงานหรือไม่? เคย ไม่เคย

* คุณคิดว่าปัญหาสุขภาพเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งของที่ฉันใช้ในการทำงานหรือไม่? เคย ไม่เคย

ความคิดเห็นของนายแพทย์	
------------------------	--