

แบบสอบถามการตรวจสอบสุขภาพแบบพิเศษของสมาคมทางวิชาการของสภาของการทำงานในประเทศเกาหลี

ธุรกิจ :

ชื่อ :

※ คำถามเกี่ยวกับโรค (ในอดีต, ครอบครัวย)

※ จงอ่านคำถามดังต่อไปนี้และ จงทำเครื่องหมาย '○' ในเนื้อหาที่ตรงกับสภาพในปัจจุบัน

1. เคยได้รับการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้ หรือกำลังรักษาด้วยยาอยู่หรือไม่?

ชื่อโรค	อาการเส้นเลือดในสมองแตก (อัมพาต)	โรคหัวใจ (โรคหลอดเลือด หัวใจอุดตันโรคเส้นเลือดตีบ/ โรคเส้นเลือดตีบ)	ความ ดัน โลหิต สูง	โรค เบา หวาน	ไขมันใน เลือด สูง	โรค ปอด	อื่นๆ (โรค)
ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่							
รักษาด้วยยาหรือไม่							

2. มีกรณีที่มีความราคา พิษอย่าง ป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือเคยเสียชีวิตในโรคดังกล่าวหรือไม่?

ชื่อโรค	อาการเส้นเลือดในสมองแตก (อัมพาต)	โรคหัวใจ (โรคหลอดเลือด หัวใจอุดตันโรคเส้นเลือดตีบ/ โรคเส้นเลือดตีบ)	ความ ดัน โลหิต สูง	โรค เบา หวาน	อื่นๆ (โรค)
มี					

3. เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่? ① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ

※ คำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

4. อ่านคำถามต่อไปนี้แล้วตอบคำถามตามสภาพในปัจจุบันของตนเอง

4-1. เคยสูบบุหรี่มากกว่า 5 ซอง (100 มวน) หรือไม่?

- ① ไม่เคย (ไปยังคำถามข้อที่ 5)
 ② เคย, ตอนนี้เลิกบุหรี่แล้ว (ไปยังคำถามข้อที่ 4-2)
 ③ เคย, ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ไปยังคำถามข้อที่ 4-3)

4-2. ถ้าหากว่าเคยสูบบุหรี่ในอดีตแต่ปัจจุบันได้เลิกบุหรี่แล้ว

ก่อนหน้านี้เคยสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลากี่ปี?	ทั้งหมด _____ ปี
ก่อนที่จะเลิกบุหรี่ ได้สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละกี่มวน?	_____ มวน

4-3. ถ้าหากว่าในปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลากี่ปี?	ทั้งหมด _____ ปี
เฉลี่ยแล้ววันละกี่มวนต่อวัน?	_____ มวน

※ คำถามเกี่ยวกับการดื่มเหล้า

5. อ่านคำถามต่อไปนี้แล้วเขียนตอบคำถามตามสภาพในปัจจุบันของตนเอง

5-1. โดยเฉลี่ยแล้วดื่มเหล้ากี่วันต่อสัปดาห์

0 1 2 3 4 5 6 7

5-2. ถ้าหากมีการดื่มเหล้าปกติแล้วจะดื่มในปริมาณเท่าไร? (※ ไม่คำนึงถึงชนิดของเหล้า) (แก้ว)

※ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย (การออกกำลังกาย)

6. อ่านคำถามต่อไปนี้แล้วจงทำเครื่องหมาย ‘√’ ในคำตอบที่ตรงกับกิจกรรมในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา

6-1. ในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้ทำกิจกรรมที่หนักที่ทำให้การหายใจเร็วมากกว่าปกติ เป็นระยะเวลามากกว่า 20 นาที ต่อวัน

เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์? (เช่น: การวิ่ง, แอโรบิก, การปั่นจักรยานด้วยความเร็ว, ปีนเขา เป็นต้น)

0 1 2 3 4 5 6 7

6-2. ในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้ทำกิจกรรมที่ไม่หนักไม่เขามาเกินไปที่ทำให้การหายใจเร็วมากกว่าปกติ เป็นระยะเวลามากกว่า 30 นาที ต่อวัน

เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์? (เช่น: การเดินเร็ว, การตีเทนนิส, การปั่นจักรยานความเร็วปกติ, การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น) ※

ขกเว้นกิจกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในข้อที่ 6-1

0 1 2 3 4 5 6 7

6-3. ในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้มีการเคลื่อนไหวกิจกรรมเบรรวมไปถึงการเดินเบาอย่างน้อย 10 นาที รวมกันแล้วในแต่ละมากกว่า 30 นาทีในแต่ละวันเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ (เช่น: การออกกำลังกายเบาๆ, รวมถึงการเดินในเวลาว่างและเวลาทำงาน)

※ ขกเว้นกิจกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในข้อที่ 6-1, 6-2

0 1 2 3 4 5 6 7

✳ คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคเฉพาะต่างๆ

7. จงตอบคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคที่เคยมิในระยะเวลา 6 ที่ผ่านมา .

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย	คำถามอาการของโรค	อาการของโรค		
		รุนแรง	ปานกลาง	ไม่มี
ทั่วไป	ไม่มีความอยากอาหาร น้ำหนักตัวลดลง			
	รู้สึกเหนื่อยง่าย			
	รู้สึกว่ามึนงงหรืออ่อนแรงในส่วนต่างๆของร่างกาย			
ผิวหนัง	มีอาการคันที่ผิวหนังและมีอาการแสบ			
	เกิดรอยต่างตามผิวหนัง			
	ขน เล็บมือ, เล็บเท้า มีการเปลี่ยนแปลง			
	ผิวหนังเกิดความหยาบกร้านและแตกลาย			
ตา	ขี้ตาและน้ำตาไหลง่าย			
	สายตาสั้นลงจากเมื่อก่อน			
	ดวงตาแดงช้ำและปวด			
หู	ได้ยินเสียงพูดไม่ชัดเจน			
	ไม่ได้ยินเสียง			
จมูก	มีเลือดกำเดาไหลบ่อยๆ			
	มีน้ำมูกและคัดจมูก			
	ไม่ค่อยได้กลิ่นต่างๆ			
ปาก	มีเลือดออกที่เหงือกหรือเป็นแผล			
	ไม่ค่อยรับรู้อารมณ์รสชาติ			
อวัยวะในการ ย่อยอาหาร	มีอาการปวดท้องเหมือนมีอะไรมาแทงๆ			
	รสชาติอาหารที่รับ เป็นรสชาติที่ขมและฝาด			
	มีอาการท้องผูก			
ระบบเลือด / ทางเดินหายใจ	มีอาการใจเต้นขณะทำงาน			
	มีอาการไอ หรือหายใจแรงขณะทำงาน			
กระดูกล้าง / แขนขา	อึดอัดส่วนหน้าอก			
	มีเสมหะออกมาหรือมีอาการไอในตอนเช้า			
กระดูกล้าง / แขนขา	หลังจากวันหยุด เมื่อไปยังสถานที่ทำงานแล้วมีอาการไอ			
	มีอาการปวด หรือเมื่อยในส่วนของหัวไหล่ ขา แขน			
	แขน ขา ตกลงมาหรือไม่มีเรี่ยวแรง			
	รู้สึกว่าแขน ขา ชา			
แขนขา	เมื่อมีอาการแขนขาชาหรือมือกลายเป็นสีขาว			
	มีอาการปวดเอว			

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย	คำถามของอาการของโรค	อาการของโรค		
		รุนแรง	ปานกลาง	ไม่มี
จิตใจ / ประสาท	มีอาการปวดศีรษะ			
	วิงเวียนศีรษะ			
	ความจำแย่ลง หรืออาการสูญเสียความทรงจำที่รุนแรง			
	มีอาการกระวนกระวาย และไม่สบายใจ			
	เหม่อลอยหรือ รู้สึกเหมือนเมาเหล้า			
	ลำบากในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง			
อวัยวะปัสสาวะ / การสืบพันธุ์	ปัสสาวะไม่เป็นปกติ			
	ตัวบวม			
	ประจำเดือนมาไม่ปกติ			
	เคยมีการแท้งลูก			

ในกรณีที่มีอาการของโรคนอกเหนือจากนี้ , จงเขียนลงไปในช่วงว่างด้านล่าง

*เคย เกิดปัญหาสุขภาพระหว่างการทำงาน(ความผิดปกติของร่างกาย) หรือไม่?

 เคย

 ไม่เคย

* คิดว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีผลเกี่ยวข้องกับสารที่ได้รับจากการทำงานหรือไม่

 เคย

 ไม่เคย

ความ คิด เห็น ของ แพทย์	
-------------------------------------	--

การทำงานกะกลางคืน - การประเมินแบบเปิดเผย

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

<p>1. ช่วงระยะเวลาในการทำงานตามหน้าที่รวมไปถึงการทำงานช่วงกะกลางคืนเวลารวมทั้งหมดเป็นระยะเวลากี่ปี?</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 ปี <input type="checkbox"/> 5-9 ปี <input type="checkbox"/> 10-14 ปี <input type="checkbox"/> 15-19 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 20 ปี <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล</p> <p>2. จงเลือกลักษณะการทำงานที่ตรงกับการทำงานในปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> กะ 3 <input type="checkbox"/> กะ 2 <input type="checkbox"/> วันเว้นวัน(24 ชั่วโมง) <input type="checkbox"/> ทำงานกะกลางคืนตลอด <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ไม่สม่ำเสมอ)</p> <p>3. ตารางการทำงานในแต่ละกะของท่าน มีกำหนดการทำงานที่เปลี่ยนไปอย่างมีระบบหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มี (ไปข้อที่ 3-1) <input type="checkbox"/> ไม่มี (ไปข้อที่ 4)</p> <p>3-1. การทำงานเข้ากะของท่านนั้นมีการดำเนินการเปลี่ยนตามลำดับ การทำงานช่วงเช้า → การทำงานช่วงบ่าย → การทำงานช่วงกลางคืน หรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>4. หลังจากเลิกงานจนถึงวันทำงานในวันถัดไปมีระยะเวลากี่ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 11 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 11 ชั่วโมง</p> <p>5. ในระยะเวลา 1 ที่ผ่านมา วันที่ทำงานช่วงเวลากลางคืนเป็นระยะเวลาติดต่อกันกี่วัน ?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการทำงานตอนกลางคืนติดต่อกัน <input type="checkbox"/> 2 วัน <input type="checkbox"/> 3 วัน <input type="checkbox"/> 4 วัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 5 วัน</p> <p>6. ปริมาณการทำงานในช่วงกลางคืนกับเวลาในการพักผ่อนนำมาเปรียบเทียบแล้วเป็นอย่างไร</p> <p>1) ปริมาณการทำงาน : เปรียบเทียบกับการทำงานหนึ่งสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ใกล้เคียง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า <input type="checkbox"/> มากกว่า</p> <p>2) เวลาการหยุดพัก : เปรียบเทียบกับการทำงานหนึ่งสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ใกล้เคียง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า <input type="checkbox"/> มากกว่า</p> <p>7. ระหว่างการทำงานกลางคืน มีการทำงานคนเดียวหรือแยกตัวออกมาลำพังหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>8. เกี่ยวกับการทำงานช่วงกลางคืนต้องการยินยอมให้ทำในหัวข้อดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <table border="1"> <tr> <td>ให้มีการนอนหลับในช่วงเวลาการทำงานช่วงกลางคืน</td> <td><input type="checkbox"/> มี</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่มี</td> </tr> <tr> <td>ห้องพัก</td> <td><input type="checkbox"/> มี</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่มี</td> </tr> <tr> <td>อาหาร/อาหารมื้อเล็ก/อาหารว่าง</td> <td><input type="checkbox"/> มี</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่มี</td> </tr> <tr> <td>การปรับเปลี่ยนกำหนดการทำงานช่วงกลางคืน</td> <td><input type="checkbox"/> ได้</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ได้</td> </tr> </table> <p>9. เวลาการทำงานโดยเฉลี่ยต่ออาทิตย์ทั้งหมดกี่ชั่วโมง?</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 40 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 40 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 41-51 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 52-59 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 ชั่วโมง</p>	ให้มีการนอนหลับในช่วงเวลาการทำงานช่วงกลางคืน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ห้องพัก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	อาหาร/อาหารมื้อเล็ก/อาหารว่าง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	การปรับเปลี่ยนกำหนดการทำงานช่วงกลางคืน	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้
ให้มีการนอนหลับในช่วงเวลาการทำงานช่วงกลางคืน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี										
ห้องพัก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี										
อาหาร/อาหารมื้อเล็ก/อาหารว่าง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี										
การปรับเปลี่ยนกำหนดการทำงานช่วงกลางคืน	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้										

การทำงานช่วงกลางคืน – ปัญหาการนอนไม่หลับ(ตรวจนี้อาการนอนไม่หลับ)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1-3. ในช่วงสองอาทิตย์ที่ผ่านมา ปัญหาดังต่อไปนี้มีความรุนแรงแค่ไหนจงเลือกในตารางข้างล่าง					
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. นอนไม่ค่อยหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. นอนนานๆได้ลำบาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ตื่นง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ตอนนี้มีความพอใจเกี่ยวกับสภาพการนอนหลับในปัจจุบันมากน้อยเพียงใด					
<input type="checkbox"/> พอใจมาก <input type="checkbox"/> พอใจน้อย <input type="checkbox"/> เฉยๆ <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยพอใจ <input type="checkbox"/> ไม่พอใจมาก					
5. ปัญหาการนอนหลับของท่านนั้นมีมากน้อยเพียงใด และปัญหานั้นเป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในตอนกลางวันหรือไม่ (เหนือตอนกลางวัน, ความสามารถในการทำงานที่บ้านและที่ทำงาน, สมรรถภาพ, ความทรงจำ, อารมณ์ เป็นต้น)					
<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคเลย <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มากไม่น้อย <input type="checkbox"/> พอสมควร <input type="checkbox"/> มากที่สุด					
6. คนรอบข้างของท่านได้คิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านแย่ลงเนื่องจากสาเหตุของการนอนหลับหรือไม่					
<input type="checkbox"/> ไม่เลย <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มากไม่น้อย <input type="checkbox"/> พอสมควร <input type="checkbox"/> มากที่สุด					
7. ตอนนี้ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับมากน้อยแค่ไหน					
<input type="checkbox"/> ไม่กังวลเลย <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มากไม่น้อย <input type="checkbox"/> พอสมควร <input type="checkbox"/> มากที่สุด					

การทำงานช่วงกลางคืน – ปัญหาการนอนหลับ(โรคง่วงนอนในตอนกลางวัน)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

	ไม่่วงเลย	ง่วงเล็กน้อย	ง่วง	ง่วงมาก
1. ตอนนั่งอ่านหนังสือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ตอนดูทีวี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ตอนที่นั่งนิ่งๆในสถานที่สาธารณะ เช่น ในที่ประชุม หรือโรงหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ตอนที่นั่งรถเมล์ หรือ แท็กซี่เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ตอนที่นอนลงอย่างสบายในเวลาพักช่วงบ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ตอนที่นั่งและกำลังพูดกับคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ตอนที่นั่งเงียบๆหลังทานอาหารกลางวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ในขณะที่ขับรถและรถคิดทำให้ต้องหยุดรถระยะหนึ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การทำงานช่วงกลางคืน – ปัญหาการนอนหลับ(คุณภาพการนอนหลับ)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1-4. จงตอบคำถามแต่ละข้อที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในระหว่างการทำงานตอนกลางคืนในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

1. เข้านอนตอนกี่โมง? () โมง () นาที
2. นอนลงแล้วใช้เวลาานแค่ไหนถึงจะหลับ? () ชั่วโมง () นาที
3. ตื่นประมาณกี่โมง? () โมง () นาที
4. นอนวันละกี่ชั่วโมง? () ชั่วโมง () นาที

5. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาสาเหตุดังต่อไปนี้มีผลในการนอนหลับชกหรือไม่และเป็นจำนวนเท่าไร

	ไม่มี	อาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง	อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	อาทิตย์ละมากกว่า 3 ครั้ง
ไม่สามารถนอนหลับได้ภายใน 30 นาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตื่นขึ้นมากกลางดึกหรือตอนเช้ามืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต้องตื่นเพราะอยากไปห้องน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง่วงนอนลงจะหายใจไม่สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีอาการกรนเสียงดังและอาการไอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รู้สึกถึงอาการหนาวสั่น(หนาว)อย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รู้สึกถึงอาการร้อน(ร้อน)อย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เพราะว่าตื่นร้ายหรือฝันที่ไม่ค่อยดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เพราะว่ามีอาการเจ็บปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหตุผลอื่นๆ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ถ้าหากลองประเมินคุณภาพการนอนหลับในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาผลประเมินจะเป็นอย่างไร

- ดีมาก ดี ไม่ดี ไม่ดีมาก

7. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เพื่อการนอนหลับได้ทันยา (ยานอนหลับ) ในปริมาณเท่าไร

- ไม่ทาน อาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง อาทิตย์ละมากกว่า 3 ครั้ง

8. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆหรือการทานอาหารหรือระหว่างขับรถแล้วเกิดอาการง่วงนอน

และการตื่นจากอาการง่วงนอนนั้นชกมีมากน้อยแค่ไหน

- ไม่ทาน อาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง อาทิตย์ละมากกว่า 3 ครั้ง

9. ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมาระหว่างการทำงานมีความชกลำบากมากน้อยแค่ไหน?

- ไม่ลำบากเลย ไม่ค่อยลำบาก ค่อนข้างลำบาก ลำบากมาก

การทำงานช่วงกลางคืน – โรคกระเพาะ

ชื่อธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมา หลังจากทานอาหารในปริมาณของ 1 ที่รู้สึก อิ่มจนรู้สึกอึดอัดมากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน 1 วันต่อ 1 เดือน 2-3 วันต่อ 1 เดือน

1 วันต่อ 1อาทิตย์ มากกว่า 2 วันต่อ 1อาทิตย์ เกือบทุกวัน

2. หลังจากทานอาหารอิ่ม (รู้สึกอึดอัด) มีมาตั้งแต่ 6 เดือนที่แล้วหรือไม่ ?

ไม่ ใช่

3. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมา ไม่สามารถทานอาหารในปริมาณของ 1 ที่ได้ในปริมาณที่มากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน 1 วันต่อ 1 เดือน 2-3 วันต่อ 1 เดือน

1 วันต่อ 1อาทิตย์ มากกว่า 2 วันต่อ 1อาทิตย์ เกือบทุกวัน

4. อาการของโรคที่ไม่สามารถทานปริมาณอาหาร 1 ที่นั้นเป็นมาเกิน 6 เดือนหรือไม่?

ไม่ ใช่

5. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมาได้มีอาการ ปวดในช่วงกลางท้อง (ส่วนบนของสะดือที่ไม่ใช่หน้าอก) หรืออาการปวดแสบปวดร้อน(รู้สึกร้อนวูบวาบ) มากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน 1 วันต่อ 1 เดือน 2-3 วันต่อ 1 เดือน

1 วันต่อ 1อาทิตย์ มากกว่า 2 วันต่อ 1อาทิตย์ เกือบทุกวัน

6. อาการ ปวดในช่วงกลางท้อง (หรืออาการปวดแสบปวดร้อน(รู้สึกร้อนวูบวาบ) มีอาการนี้ก่อน 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

ไม่ ใช่

การทำงานช่วงกลางคืน — มะเร็งเต้านม

ชื่อธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. ในหนึ่งปีที่ผ่านมาได้ตรวจเช็คมะเร็งเต้านมด้วยตัวเองมากน้อยแค่ไหน

- ไม่เคย ไม่น้อยกว่า 1 ครั้งใน 6 เดือน 1 ครั้งใน 6 เดือน
 1 ครั้งใน 1-2 เดือน มากกว่า 1 ครั้งใน 1-2 เดือน

2. จงเลือกหัวข้ออาการของท่านที่มีในขณะนี้

- สัมผัสเจอก้อนเนื้อ(ก้อน)ที่เต้านม
 มีของเหลวออกมาจากหัวนม
 เกิดการยุบหรือมีแผลที่หัวนม
 ไม่มีอาการ

3. ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ได้มีการตรวจด้วยคลื่นที่เต้านมหรือการถ่ายภาพที่เต้านมหรือไม่

- ไม่เคย เคย