

แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการทำงานสัมผัสฝุ่นผ้าต่อความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจในพนักงาน แผนกเย็บผ้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

IDNO

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....สกุล.....

หมวด a: ข้อมูลทั่วไป

ประวัติส่วนตัว

a1 เพศ 1. ชาย 2. หญิงa2 สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หย่า/ แยก 4. ม้าย

a3 ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

a4 วัน/เดือน/ปีเกิด ___/___/___

a5 การศึกษาสูงสุด 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. ปวช.
4. ปวส 5.ปริญญาตรี 6. อื่น ๆ (ระบุ)a6 ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. อื่นๆ

หมวด b: ประวัติอาชีพ ท่านเคยทำงานอาชีพใดมาบ้างจนปัจจุบัน

อาชีพที่ 1.....เริ่มทำตอนอายุ (ปี).....ถึงอายุ (ปี).....

ให้ระบุลักษณะงานโดยละเอียด.....
.....สัมผัสฝุ่นหรือไอระเหยในงาน 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ระบุชนิด.....

การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ระบุชนิด).....

อาชีพที่ 2.....เริ่มทำตอนอายุ (ปี).....ถึงอายุ (ปี).....

ให้ระบุลักษณะงานโดยละเอียด.....
.....สัมผัสฝุ่นหรือไอระเหยในงาน 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ระบุชนิด.....

การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ระบุชนิด).....

อาชีพที่ 3.....เริ่มทำตอนอายุ (ปี).....ถึงอายุ (ปี).....

ให้ระบุลักษณะงานโดยละเอียด.....

สัมผัสฝุ่นหรือไอระเหยในงาน 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ระบุชนิด.....

การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ระบุชนิด).....

อาชีพที่ 4.....เริ่มทำตอนอายุ (ปี).....ถึงอายุ (ปี).....

ให้ระบุลักษณะงานโดยละเอียด.....

สัมผัสฝุ่นหรือไอระเหยในงาน 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ระบุชนิด.....

การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ระบุชนิด).....

อาชีพที่ 5.....เริ่มทำตอนอายุ (ปี).....ถึงอายุ (ปี).....

ให้ระบุลักษณะงานโดยละเอียด.....

สัมผัสฝุ่นหรือไอระเหยในงาน 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ระบุชนิด.....

การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ระบุชนิด).....

สำหรับนักวิจัย

b1 ปัจจุบันผู้ถูกสัมภาษณ์ทำงานแผนกใด 1. หอผู้ป่วย 2. ห้องเย็บผ้า

b2 ปัจจุบันผู้ถูกสัมภาษณ์ทำงานในแผนกปัจจุบันมาตั้งแต่อายุ.....ปี

จากประวัติข้างบนสรุปว่า ปัจจุบันผู้ถูกสัมภาษณ์ทำงานสัมผัสฝุ่นใดๆหรือสารเคมีใดๆหรือไม่

b3 ฝุ่นผ้า 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ b3t เป็นเวลา.....ปี

b4 อื่นๆ ระบุ..... b4t เป็นเวลา.....ปี

b5 อื่นๆ ระบุ..... b5t เป็นเวลา.....ปี

b6 อื่นๆ ระบุ..... b6t เป็นเวลา.....ปี

b7 ในการทำงานที่แผนกปัจจุบัน ขณะทำงานสัมผัสฝุ่นหรือสารเคมีใดๆท่านใช้ผ้าปิดจมูกหรือไม่

1. ไม่ใช่เลย 2. ส่วนใหญ่ไม่ใช่

3. ใช้บ้างไม่ใช่บ้าง 4. ส่วนใหญ่ใช้

5. ใช้ตลอดช่วงเวลาที่มีผัส ข้ามไป b9

b8 เหตุใดท่านจึงไม่ใช่ หรือใช้ผ้าปิดจมูกไม่สม่ำเสมอ

1. อึดอัด รำคาญ 2. คิดว่าไม่เป็นอันตราย 3. โปรตระบุ.....

เวลาเริ่มทำงาน.....น. เวลาเลิกงาน.....น. คิดเป็นวันละ.....ชม.

ท่านทำงานอาทิตย์ละกี่วัน.....วัน

ท่านทำลวงเวลาวันละ.....ชม. สัปดาห์ละกี่วัน..... วัน

สำหรับนักวิจัยกรอก

b9 คิดเป็นทำงานสัปดาห์ละ.....ชม.

b10 คิดเป็นทำงานลวงเวลาสัปดาห์ละ.....ชม.

หมวด c: ประวัติการสูบบุหรี่

c1 ที่บ้าน ท่านต้องสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเป็นประจำ ใช่หรือไม่ 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

c2 ที่ทำงาน ท่านต้องสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเป็นประจำ ใช่หรือไม่ 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

c3 ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือไม่

1. ไม่เคย ข้ามไป c11 2. เคย แต่เลิกแล้ว ข้ามไปข้อ c7 3. เคยและยังสูบอยู่

ปัจจุบันสูบบุหรี่

c4 ถ้าปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ ท่านสูบนานเท่าใด..... ปี

c5 ปกติท่านสูบบุหรี่ประมาณวันละ..... มวน

c6 ท่านสูบบุหรี่ชนิดใด 1. ก้นกรอง 2. ไม่ใช่แบบก้นกรอง 3. สูบทั้งสองแบบ

ตอบแล้วข้ามไป c11

เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว

c7 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ เมื่ออายุ..... ปี

c8 ท่านเลิกสูบบุหรี่ เมื่ออายุ..... ปี

c9 ปกติท่านสูบบุหรี่ประมาณวันละ..... มวน

c10 ท่านสูบบุหรี่ชนิดใด 1. ก้นกรอง 2. ไม่ใช่แบบก้นกรอง 3. สูบทั้งสองแบบ

c11 ท่านเคยฉีดดยาหรือไม่

1. ไม่เคย ข้ามไป d1a 2. เคยแต่เลิกแล้ว ข้ามไปข้อ c15 3. เคยและยังฉีดดยาอยู่

ปัจจุบันนี้ตัดหญ้า

c12 ท่านตัดหญ้ามานานกี่ปี.....ปี

c13 ท่านตัดหญ้าประมาณกี่วันในแต่ละเดือน.....วันต่อเดือน

c14 ในแต่ละวันที่ตัดหญ้าท่านใช้ยี่ห้ออะไร.....หลอดต่อวัน

ตอบแล้ว ชำมไป d1a

เคยตัดหญ้าแต่เลิกแล้ว

c15 ท่านตัดหญ้ามานานทั้งหมดกี่ปี.....ปี

c16 ท่านตัดหญ้าประมาณกี่วันในแต่ละเดือน.....วันต่อเดือน

c17 ในแต่ละวันที่ตัดหญ้าท่านใช้ยี่ห้ออะไร.....หลอดต่อวัน

หมวด d: ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอด หรือโรคอื่น ๆ

ท่านเคยป่วยเป็นโรคใดต่อไปนี้หรือไม่ (ทำเครื่องหมาย / ในช่องสี่เหลี่ยม ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	1. ไม่ใช่	2. ใช่
d1a โรคหลอดลมอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1b โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1c วัณโรคปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1d หอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1e ภูมิแพ้ เช่น มีน้ำมูก จาม ผื่น คันตา เมื่อสัมผัสฝุ่น อาหาร ยา สารเคมี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1f โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1g โรคปอดอื่น ๆ เช่น ปอดอักเสบ น้ำท่วมปอด ไอกรน มะเร็งปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1h บาดเจ็บ หรือผ่าตัดบริเวณทรวงอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d2 แพทย์บอกว่าคุณมีโรคประจำตัวใดอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาหรือไม่

1. ไม่มี 2. มี ระบุโรค.....

คุณมีโรคภูมิแพ้ในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงเช่น พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ ตายาย ลุง ของผู้ถูก
สัมภาษณ์ (ไม่นับรวมญาติที่ได้จากการแต่งงาน) หรือไม่

1. ไม่มี 2. มี 3. ตอบไม่ได้

d3a จาม คันจมูก น้ำมูกไหล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d3b ผื่นคันเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d3c หอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d3d ไช้สออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d3e คันตา ตาแดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกมีอาการผิดปกติใด ๆ ต่อไปนี้บ้างหรือไม่

	1. ไม่มี	2. มี	3. ตอบไม่ได้
d4a ไข้ต่ำๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4b ไอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4c หายใจขัด อึดอัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4d ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4e อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4f นหนาวสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4g ปวดเมื่อยตามตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4h เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d4i น้ำหนักตัวลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้าตอบไม่มีทุกข้อ ข้ามไป e1			

d5 อาการผิดปกติดังกล่าวมักเกิดภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังเลิกงานใช่หรือไม่

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

หมวด e: ประวัติการไอ (ที่ไม่ใช่การกระแอมเพื่อไล่เสมหะ หรือการไอเพียงเล็กน้อย)

	1. ไม่มี	2. มี	3. ตอบไม่ได้
e1 คุณมีอาการไอเมื่อตื่นนอนตอนเช้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2 คุณมีอาการไอเมื่อสัมผัสควันบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e3 คุณมีอาการไอเมื่อสัมผัสอากาศเย็นขึ้นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e4 คุณมีอาการไอในช่วงกลางวัน และกลางคืนในช่วงฤดูฝนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e5 คุณมีอาการไอในช่วงทำงานหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้าตอบไม่ใช่ทั้งหมด ข้ามไป f1			

e6 ในปีหนึ่ง คุณมีอาการไอดังกล่าวประมาณกี่เดือน
 1. น้อยกว่า 3 เดือน 2. เท่ากับหรือมากกว่า 3 เดือน e7 เป็นมานาน.....ปี

e8 คุณเริ่มสังเกตอาการไอเหล่านี้ตั้งแต่คุณอายุเท่าไร.....ปี

e9 คุณมีอาการไอจนอายุเท่าไร.....ปี

e10 อาการไอของคุณเหมือนกันทั้งวัน หรือ แยกในช่วงไหนของวัน
 1. อาการเหมือนกันทั้งวัน 2. อาการแย่มากในช่วงตื่นนอน
 3. อาการแย่มากในระหว่างการทำงาน 4. อาการแย่มากในช่วงเลิกงาน
 5. อาการแย่มากในเวลาอนตอนกลางคืน

e11 อาการของท่านต้องใช้ยารักษาหรือไม่ 1. ไม่เคยใช้ 2. ใช่

e12 ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ วันลาพักร้อน อาการไอของคุณเป็นอย่างไร
 1. ไม่เปลี่ยนแปลง 2. เลวลง 3. ดีขึ้น

หมวด f: อาการมีเสมหะในคอ (ไม่นับน้ำมูกที่ไหลจากจมูก แต่นับเสมหะในคอรวมเสมหะที่กลืน)

	1. ไม่มี	2. มี	3. ตอบไม่ได้
f1 คุณมีเสมหะในคอตอนตื่นนอนเป็นประจำหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2 คุณมีเสมหะในคอทั้งตอนกลางวัน กลางคืนอยู่เสมอหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f3 คุณมีเสมหะมากในช่วงทำงานหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าตอบไม่ใช่ทั้งหมด ข้ามไป g1

f4 ในปีหนึ่งท่านจะมีเสมหะในคอดังกล่าว ประมาณกี่เดือน
 1. น้อยกว่า 3 เดือน 2. เท่ากับ หรือมากกว่า 3 เดือน f5 เป็นมานาน.....ปี

f6 ท่านเคยมีเสมหะปนเลือด หรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี

f7 ท่านเคยมีเสมหะปนหนอง หรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี

f8 คุณเริ่มสังเกตอาการมีเสมหะในคอประจำตั้งแต่คุณอายุเท่าไร.....ปี

f9 คุณมีอาการเช่นนี้จนอายุเท่าไร.....ปี

f10 อาการมีเสมหะของคุณเหมือนกันทั้งวัน หรือ แยกในช่วงไหนของวัน
 1. อาการเหมือนกันทั้งวัน 2. อาการแย่มากในช่วงตื่นนอน
 3. อาการแย่มากในระหว่างการทำงาน 4. อาการแย่มากในช่วงเลิกงาน

<input type="checkbox"/> 5.อาการแสบมากในเวลากลางคืน		
f11 อาการของท่านต้องใช้ยารักษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยใช้ <input type="checkbox"/> 2.ใช่		
f12 ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ วันลาพักร้อน อาการมีเสมหะของคุณเป็นอย่างไร		
<input type="checkbox"/> 1.ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> 2.เลวลง <input type="checkbox"/> 3.ดีขึ้น		
หมวด g ประวัติแน่นหน้าอก		
g1 ท่านเคยรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก บ้างหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย		
ท่านเคยมีอาการแน่นหน้าอก หรือ หายใจลำบาก เมื่อ (ทำเครื่องหมายหน้าข้อ)		
	1. ไม่ใช่	2. ใช่
g2a ออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2b ขณะพักผ่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2c ช่วงเป็นไข้หวัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2d ขณะทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อ g2d ตอบไม่ใช่ข้ามไป g4		
โปรดระบุลักษณะงานที่ท่านทำ แล้วทำให้เกิดอาการแน่นหน้าอก เหนื่อง่าย.....		
g3 อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยขณะทำงานของท่านจะมีอาการมากในช่วงวันจันทร์ หรือวันแรกที่ เข้าทำงานใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่		
g4 ท่านมีอาการแน่นหน้าอกบ่อยแค่ไหน		
<input type="checkbox"/> 1. มีอาการปีเว้นปีหรือมากกว่า <input type="checkbox"/> 2. มีอาการทุกปี ปีละ.....ครั้ง		
<input type="checkbox"/> 3. มีอาการทุกเดือน เดือนละ.....ครั้ง <input type="checkbox"/> 4. มีอาการทุกอาทิตย์ อาทิตย์ละ...ครั้ง		
<input type="checkbox"/> 5. มีอาการทุกวัน		
g5 เมื่อท่านเดินเร็ว ๆ รีบ ๆ หรือวิ่ง จะรู้สึกเหนื่อยง่ายหายใจไม่เต็มปอด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่		
g6 เวลาเดินบนพื้นที่ราบ ท่านเหนื่อยง่ายกว่าคนอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่		
g7 เวลาเดินบนที่ราบ ๆ ท่านต้องหยุดพักเพื่อหายใจให้เต็มที่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่		
g8 คุณเริ่มสังเกตอาการแน่นหน้าอกตั้งแต่คุณอายุเท่าไร.....ปี		
g9 คุณมีอาการเช่นนี้จนอายุเท่าไร.....ปี		
g10 อาการแน่นหน้าอกเหมือนกันทั้งวัน หรือ แยกในช่วงไหนของวัน		

<input type="checkbox"/> 1.อาการเหมือนกันทั้งวัน	<input type="checkbox"/> 2.อาการแ่่มากในช่วงตื่นนอน
<input type="checkbox"/> 3.อาการแ่่มากในระหว่างการทำงาน	<input type="checkbox"/> 4.อาการแ่่มากในช่วงเลิกงาน
<input type="checkbox"/> 5.อาการแ่่มากในเวลานอนตอนกลางคืน	
g11 อาการของท่านต้องใช้ยารักษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยใช้ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	
g12 ท่านรักษาโดย <input type="checkbox"/> 1.ยากิน <input type="checkbox"/> 2.ยาฉีด <input type="checkbox"/> 3.ยาพ่น	
g13 ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ วันลาพักร้อน อาการแน่นหน้าอกของคุณเป็นอย่างไร	
<input type="checkbox"/> 1.ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> 2.เลวลง <input type="checkbox"/> 3.ดีขึ้น	
หมวด h: ประวัติหายใจเสียงดังหวีด ๆ	
h1 ท่านเคยหายใจมีเสียงดังหวีด ๆ หรือไม่	
<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย	
h2 เสียงที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นเฉพาะในขณะที่ท่านเป็นหวัด หรือไม่	
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่	
h3 คุณเริ่มสังเกตอาการหายใจเสียงหวีดๆตั้งแต่คุณอายุเท่าไร.....ปี	
h4 คุณมีอาการเช่นนี้จนอายุเท่าไร.....ปี	
h5 อาการเสียงหวีดๆเหมือนกันทั้งวัน หรือ แ่ลงในช่วงไหนของวัน	
<input type="checkbox"/> 1.อาการเหมือนกันทั้งวัน	<input type="checkbox"/> 2.อาการแ่่มากในช่วงตื่นนอน
<input type="checkbox"/> 3.อาการแ่่มากในระหว่างการทำงาน	<input type="checkbox"/> 4.อาการแ่่มากในช่วงเลิกงาน
<input type="checkbox"/> 5.อาการแ่่มากในเวลานอนตอนกลางคืน	
h6 อาการของท่านต้องใช้ยารักษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยใช้ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	
h7 ท่านรักษาโดย <input type="checkbox"/> 1.ยากิน <input type="checkbox"/> 2.ยาฉีด <input type="checkbox"/> 3.ยาพ่น	
h8 ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ วันลาพักร้อน อาการเสียงหวีดๆของคุณเป็นอย่างไร	
<input type="checkbox"/> 1.ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> 2.เลวลง <input type="checkbox"/> 3.ดีขึ้น	

หมวด i: ประวัติอาการจาม คัดจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล

i1 ท่านมักมีอาการคัดจมูก หรือ ข้างในจมูกอักเสบเวลาอากาศเย็น

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

i2 ในช่วงปีที่ผ่านมาคุณมีอาการคัดจมูก คัดจมูก และมีน้ำมูกมากกว่า 3 ครั้ง

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

ถ้าตอบ ไม่ใช่ ทั้งข้อ i1 และ i2 ให้ ข้ามไปข้อ j1

i3 คุณมักมีอาการคัน คัดจมูก น้ำมูกไหลในช่วงฤดูใดฤดูหนึ่ง

1. ไม่ใช่ มีอาการตลอดทั้งปี ข้ามไป i5 2. ใช่

i4 ฤดูใดที่ท่านมีอาการมาก

1. ฤดูร้อน 2. ฤดูฝน

i5 ท่านคิดว่าอาการทางจมูกของท่านน่าจะเกิดจากสาเหตุใด

1. ไข้หวัด 2. ภูมิแพ้ เช่น แพ้ฝุ่น 3. อื่นๆ ระบุ.....

i6 ท่านเริ่มสังเกตอาการทางจมูกเหล่านี้ตั้งแต่ท่านอายุเท่าไร.....ปี

i7 ท่านมีอาการจนอายุเท่าไร.....ปี

i8 อาการทางจมูกเหล่านี้ดีขึ้น หรือ แย่ลงเมื่อท่านหยุดงานเพื่อพักผ่อน ลาป่วย

1. เหมือนเดิม 2. อาการแย่ลงเมื่อหยุดงาน 3. อาการดีขึ้นเมื่อหยุดงาน

หมวด j: อาการทางด้านเยื่อบุตา

j1 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการคันตา ตาแดง หรือมีน้ำตาออกจากตามากกว่า 2 ครั้งหรือไม่

1. ไม่ใช่ ข้ามไป k1 2. ใช่

j2 คุณมักมีอาการคันตา ตาแดง น้ำตาไหลมากในช่วงฤดูใดฤดูหนึ่งใช่หรือไม่

1. ไม่ใช่ มีอาการตลอดทั้งปี ข้ามไป j4 2. ใช่

j3 ฤดูใดที่ท่านมีอาการมาก 1. ฤดูร้อน 2. ฤดูฝน

j4 อาการทางตาของท่านน่าจะเกิดจากสาเหตุใด

1. ปัญหาสายตา เช่น ใส่วุ้น คอนแทกต์เลนส์ 2. ไข้หวัด
 3. ภูมิแพ้ เช่น แพ้ฝุ่น 4. อื่นๆ ระบุ.....

j5 ท่านเริ่มสังเกตอาการทางตาเหล่านี้ตั้งแต่ท่านอายุเท่าไร.....ปี

j6 ท่านมีอาการจนอายุเท่าไร.....ปี

j7 อาการทางตาเหล่านี้ดีขึ้น หรือ แย่ลงเมื่อท่านหยุดงานเพื่อพักผ่อน ลาป่วย

1. เหมือนเดิม

2. อาการแย่ลงเมื่อหยุดงาน

3. อาการดีขึ้นเมื่อหยุดงาน

หมวด k: อาการทางด้านผิวหนัง

k1 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยมีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง ลมพิษ ผิวหนังอักเสบ ผื่นคันเรื้อรังที่ผิวหนัง (ไม่นับกรณีผิวหนังแห้ง หรือมัน)

1. ไม่ใช่ จบการสัมภาษณ์

2. ใช่

ส่วนใดของร่างกายที่มีอาการทางผิวหนัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่ใช่

2. ใช่

k2a หนังศีรษะ

k2b ลำตัว

k2c หน้าและคอ

k2d ขาหนีบและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

k2e แขนมือ

k2f ขาเท้า

k2g อื่นๆ

สารใดต่อไปนี่ที่สามารถทำให้เกิดอาการทางผิวหนังของคุณได้

1. ไม่ใช่

2. ใช่

k3a แดบขาว

k3b ถุงมือ ถุงเท้า ผ้าบางชนิด

k3c เครื่องสำอาง น้ำหอม ยาดับกลิ่น

k3d ยาย้อมผม/ ทำสีผม

k3e สบู่/ ผงซักฟอก

k3f น้ำมันทาผิว โลชั่น

k3g เปลือกไม้ ยางไม้บางชนิด

k3h แลคเกอร์ ทินเนอร์

k3l สารเคมีระบุ.....

k4 ท่านเริ่มสังเกตอาการทางผิวหนังเหล่านี้ตั้งแต่ท่านอายุเท่าไร.....ปี

k5 ท่านมีอาการจนอายุเท่าไร.....ปี

k6 อาการทางผิวหนังเหล่านี้ดีขึ้น หรือ แย่ลงเมื่อท่านหยุดงานเพื่อพักผ่อน ลาป่วย

1. เหมือนเดิม

2. อาการแย่ลงเมื่อหยุดงาน

3. อาการดีขึ้นเมื่อหยุดงาน

แบบตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

น้ำหนัก (body weight) กก. ส่วนสูง ซม.
 ความดันเลือด (blood pressure) มม. (ปรอท) ซีพจร..... ครั้ง/นาที
 การหายใจ.....ครั้ง/นาที

การตรวจร่างกายทั่วไป	การตรวจพบ	หมายเหตุ
1. ผิวหนัง		
2. หู คอ จมูก		
3. ตา		
4. ปอด		
5. หัวใจ		
5. ช่องท้อง		
6. ระบบประสาท		
7. แขน/ขา		
8. อื่น ๆ		
อาการแสดงเฉพาะ (Specific signs)		
เขียว (Cyanosis)		
นิ้วป้อม (clubbing finger)		
ปีกจมูกเคลื่อนที่ (Alar nasi movement)		
แนวหลอดลมเบี่ยง (Shift trachea)		
ตำแหน่งหัวใจผิดไป (Shift position of heart apex)		
เสียง (Bronchial breath sound)		
เสียง Crepitation		
เสียง Breath sound decrease		
เสียง Rhonchi		
ผลการตรวจเลือด	<input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ	
ผลการตรวจภาพรังสีปอด	<input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ	
ผลการอ่านโดย ILO classification	<input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ	
ผลการตรวจสมรรถภาพปอด		

baseline PFT	<input type="checkbox"/> 1. ปกติ	<input type="checkbox"/> 2.obstructive	<input type="checkbox"/> 3. restrictive	<input type="checkbox"/> 4. mixed
Methacholine challenge test	<input type="checkbox"/> 1. ผลลบ	<input type="checkbox"/> 2.ผลบวก	<input type="checkbox"/> 3.ไม่ได้ทำ	
Bronchial challenge test	<input type="checkbox"/> 1. ผลลบ	<input type="checkbox"/> 2.ผลบวก	<input type="checkbox"/> 3.ไม่ได้ทำ	
การตรวจทางอิมมูโน				
IgE ต่อฝุ่นผ้า	<input type="checkbox"/> 1.ผลลบ	<input type="checkbox"/> 2. ผลบวก		
Skin prick test	<input type="checkbox"/> 1. ผลลบ	<input type="checkbox"/> 2.ผลบวกต่อ.....		

การวินิจฉัย.....