

แบบสอบถามพนักงานที่ทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน

ชื่อ _____ นามสกุล _____ อายุ _____ เพศ ชาย หญิง

รหัสพนักงาน _____ ตำแหน่ง _____ แผนก / ฝ่าย _____

อายุงาน ปฏิบัติงานในโรงงานมาแล้ว _____ ปี

ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานปัจจุบันมาแล้ว _____ ปี

ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยที่ต้องสัมผัสเสียงดัง

น้อยกว่า 2 ชม./วัน 2-3 ชม./วัน 4-5 ชม./วัน 6-7 ชม./วัน 7-8 ชม./วัน มากกว่า 8 ชม./วัน

ระยะห่างจากแหล่งกำเนิดเสียง เช่น เครื่องจักร ขณะปฏิบัติงาน

น้อยกว่า 1 เมตร 1-2 เมตร 3-4 เมตร 5-6 เมตร 7-8 เมตร มากกว่า 8 เมตร

มีโรคประจำตัวตามรายการด้านล่างนี้หรือไม่ ?

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะ อื่นๆ _____

ไม่มี

เคยเป็นโรคทางหู ก่อนการตรวจวัดครั้งนี้หรือไม่ ?

หูน้ำหนวก มีเสียงดังรบกวนในหู แก้วหูทะลุ อุบัติเหตุที่หูหรือศีรษะ อื่นๆ _____

ไม่มี

เข้ารับการตรวจสมรรถภาพการได้ยินประจำปีอย่างสม่ำเสมอใช่หรือไม่ ? ใช่ ไม่ใช่

แผนก / ฝ่าย ที่ปฏิบัติงานอยู่ มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำหรับป้องกันอันตรายจากเสียงดังหรือไม่ ?

กำแพงป้องกันเสียง อุปกรณ์อุดหู อุปกรณ์ครอบหู อื่นๆ _____

ไม่มี

มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังหรือไม่ ?

ตลอดเวลาการทำงาน บางขณะเวลาการทำงาน ไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังระหว่างการทำงาน

มีความรู้เรื่องอันตรายจากเสียงหรือไม่ ?

รู้ว่าเสียงดังมีอันตรายต่อการได้ยิน ทราบ ไม่ทราบ

ทราบวิธีป้องกันตนเองจากเสียงดัง เช่น ใส่ปลั๊กอุดหู หรือ ที่ครอบหูป้องกันเสียง ทราบ ไม่ทราบ

ทราบระดับความดังของเสียงและระยะเวลาที่สามารถปฏิบัติงานได้นานที่สุดที่บริเวณดังกล่าว ทราบ ไม่ทราบ

สาเหตุที่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง

ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันเสียง ใช้แล้วไม่สะดวกในการทำงาน สวมใส่แล้วรู้สึกไม่สบาย

อื่นๆ _____