

แบบสอบถามสำหรับแพทย์

ชื่อผู้ป่วย:

วัน เดือน ปีเกิด:

สัญชาติ / เชื้อชาติ:

วันแรกที่เริ่มทำการวินิจฉัย:

จุกทวารวิทยาสาสตร์เนื้อเยื่อ (จัดหมวดหมู่ด้วย TNM)

ลำดับการจัดเก็บ

อาการป่วยก่อนหน้า, การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด, การฉายรังสี:
(ระบุปี, รายละเอียด)

อาการกำเริบ:

การรักษา: ดำเนินการผ่านท่อปัสสาวะ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
 ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีหรือกระเพาะปัสสาวะออก การฉายรังสี
 เลเซอร์ รักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ

แบบสอบถามสำหรับแพทย์

ค่าครีเอตินีน (Creatinine) > 1.8 มก/วัน	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>
บิลิรูบิน (Bilirubin) > 1.5 มก/วัน	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>
อยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>
ติดเชื้อรา	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>
การรักษาด้วยยา	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>

ระบุชื่อยา

.....

.....

.....

การผ่าตัดไส้ติ่ง	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ปี
การผ่าตัดต่อมทอนซิล	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ปี
โรคเบาหวาน	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ปี
วันโรค	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ปี
ส่วนสูง					เมตร
น้ำหนัก					กิโลกรัม
อื่น ๆ ระบุ:					

แบบสอบถาม**1. ประวัติการทำงาน**

โปรดระบุอาชีพและหน้าที่รับผิดชอบอย่างละเอียดเท่าที่จะทำได้ ในระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน เช่น ช่างซ่อมสีในโรงงานย้อมผ้า ช่างทาสีในอุตสาหกรรมต่อเรือ ช่างก่อสร้างถนน ทำงานเกี่ยวกับการพิมพ์/ย้อมผ้า เป็นต้น กรุณาระบุรายละเอียดของงานที่ทำ

ตั้งแต่ (ปี)	จนถึง (ปี)	อาชีพ (งานที่ทำ)

2. คุณเคยได้รับสัมผัสสารเคมีหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ คุณสามารถที่จะระบุชื่อของสารเคมีและรูปแบบของการใช้สารเคมีนั้นได้หรือไม่
(ใช้ตั้งแต่.....จนถึง.....)

.....

.....

.....

ระยะเวลาในการได้รับสัมผัส

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

3. คุณได้รับสัมผัสตรงกัวัตถุสารสีหรือสีย้อมหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ คุณสามารถที่จะระบุชื่อของสารเคมีและรูปแบบของการใช้สารเคมีนั้นได้หรือไม่
(ใช้ตั้งแต่.....จนถึง.....)

.....

.....

.....

ระยะเวลาในการได้รับสัมผัส

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
เมื่อ(ปี).....จนถึง (ปี).....

4. คุณจำได้หรือไม่ว่าได้เคยสัมผัส aromatic amines ?เช่น benzidine, fuchsine, magenta, auramin เป็นต้น

ใช่ ไม่ใช่

(เคยใช้/เคยสัมผัสเมื่อ.....จาก.....)

5. คุณเคยสัมผัสน้ำมันดินหรือผลิตภัณฑ์ที่ได้จากน้ำมันดินหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

สัมผัสอย่างระมัดระวัง

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

สัมผัสต่อน้ำมันดิบเช่นแอสฟัลท์

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

เคยสัมผัสสารที่เกิดจากการสันดาป เช่น คาร์บอน เขม่า จากการเผาไหม้ของโรงงานที่ใช้เตาเผาถ่านหินหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

6. คุณเคยได้รับสัมผัสจากโรงงานเผาถ่านหินหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

7. คุณเคยทำงานอยู่ใกล้เตาเผาหรือเตาหลอมหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง
ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

8. คุณเคยทำงานในเหมืองแร่หรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุชนิดของแร่

ถ่านลิกไนต์ เกลือ แอนทราไซต์

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

บริเวณเหมืองใต้ดิน

ที่.....

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

ที่.....

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

9. คุณเคยทำงานเป็นช่างทาสีหรือช่างเคลือบเงาหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

10. คุณเคยได้รับสัมผัสกับตัวทำละลายเคมีอินทรีย์ในที่ทำงานหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

คุณสามารถจะระบุลักษณะการใช้งานของตัวทำละลายได้หรือไม่?

.....

.....

.....

11. คุณเคยสัมผัสสาร trichloroethylene (tri, trichloroethene) ในที่ทำงานของคุณหรือไม่?

(เช่น การสกัดไขมัน การสกัดโลหะออกจากไขมัน การซักแห้ง)

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อย ๆ นานๆ ครั้ง
 ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

คุณสามารถระบุลักษณะการใช้งานของ Trichloroethylene ได้หรือไม่?

.....

.....

คุณเคยมีอาการเป็นพิษในระหว่างการได้รับสัมผัสสาร Trichloroethylene หรือไม่ ?

(เช่น อาการมีนเมา อาการง่วงเหงาหาวนอน เป็นต้น)

ไม่เคย
 หนึ่งครั้งต่อวัน
 หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์
 หนึ่งครั้งต่อเดือน
 หรือ

12. คุณเคยได้รับสัมผัสกับ **Perchloroethylene (per, tetrachloroethylene)** ในที่ทำงานของคุณหรือไม่ ?

(เช่น การสกัดไขมัน การสกัดโลหะออกจากไขมัน การซักแห้ง)

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อย ๆ นานๆ ครั้ง
 ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

คุณสามารถระบุลักษณะการใช้งานของ perchloroethylene ได้หรือไม่?

.....

.....

คุณเคยมีอาการเป็นพิษในระหว่างการได้รับสัมผัสสาร Trichloroethylene หรือไม่ ?

(เช่น อาการมีนเมา อาการง่วงเหงาหาวนอน เป็นต้น)

ไม่เคย
 หนึ่งครั้งต่อวัน
 หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์
 หนึ่งครั้งต่อเดือน
 หรือ

13. คุณเคยได้รับสัมผัสสารตัวทำละลายที่เป็น **non-chlorinated organic solvents** หรือไม่?

(เช่น benzene, styrene, กาว, ทินเนอร์, ตัวทำละลายในสี)

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

คุณสามารถระบุลักษณะการใช้งานของตัวทำละลายที่เป็น Non-chlorinated solvent ได้หรือไม่?

.....

.....

คุณเคยมีอาการเป็นพิษในระหว่างการได้รับสัมผัสสาร Trichloroethylene หรือไม่ ?

(เช่น อาการมึนเมา อาการง่วงเหงาหาวนอน เป็นต้น)

ไม่เคย

หนึ่งครั้งต่อวัน

หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์

หนึ่งครั้งต่อเดือน

หรือ

14. คุณเคยทำงานเกี่ยวกับอุตสาหกรรมยางหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

หากใช่

ในพื้นที่ของส่วนการผลิต

ใช่ ไม่ใช่

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

ในส่วนของการผสมวัตถุดิบ

ใช่ ไม่ใช่

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

ในส่วนที่มีการให้ความร้อนแก่ยาง

ใช่ ไม่ใช่
 ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

ในส่วนที่ใช้เครื่องจักรกลกับยาง

ใช่ ไม่ใช่
 ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

ในส่วนที่รักษาคุณภาพยาง

ใช่ ไม่ใช่
 ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

ในส่วนที่มีการจัดเก็บผลิตภัณฑ์ยาง

ใช่ ไม่ใช่
 ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

หมายเหตุเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำงานของคุณในอุตสาหกรรมยาง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. คุณได้สัมผัสกับแอสเบสตอสจากการทำงานของคุณหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุความถี่

ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง

ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

16. คุณมีหน้าที่จัดการเกี่ยวกับวัตถุระเบิดหรือสัมผัสสารที่ทำให้เกิดการระเบิดในที่ทำงานหรือไม่? (เช่น วัตถุระเบิดแรงสูง(ไดนาไมต์), การผลิตดินปืนสำหรับอาวุธ การเตรียมการระเบิดหินหรือตีก่อ เป็นต้น)

ใช่ ไม่ใช่ หากใช่

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

คุณสามารถบอกชื่อวัสดุเหล่านั้นได้หรือไม่?

.....

.....

.....

.....

คุณเคยรู้ลึกหรือทบทวนทุกซ์ทรมานกับการปวดศีรษะระหว่างการได้รับสัมผัสสารดังกล่าวข้างต้นหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่ หากใช่ บ่อยครั้งเพียงใด?.....คุณเคยได้รับสัมผัส **dinitrotoluene (DNT)** ในที่ทำงานหรือไม่?ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ หากใช่ ระบุความถี่ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

คุณเคยได้รับสัมผัส **trinitrotoluene (TNT)** ในที่ทำงานหรือไม่?ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ หากใช่ ระบุความถี่ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

17. คุณเคยทำงานในอุตสาหกรรมเครื่องหนังหรือไม่?ใช่ ไม่ใช่ หากใช่

ตั้งแต่ (ปี).....จนถึง (ปี).....

ในส่วนของการทำความสะอาดหนัง, ฟอกหนัง?

ใช่ ไม่ใช่

สารเคมีชนิดใดที่ใช้ คุณสามารถระบุชื่อได้หรือไม่?

.....

ในส่วนของการฟอกย้อมหนัง?

ใช่ ไม่ใช่

ในบริเวณที่มีการขุดลอกและฝุ่นจากหนัง?

ใช่ ไม่ใช่

18. คุณเคยสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรระหว่างการทำงานหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่

ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

โปรดระบุชื่อของสารเคมีทางการเกษตรเหล่านั้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. คุณเคยทำงานในโรงงานผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับปิโตรเลียมหรือไม่?

ใช่ ไม่ใช่

หากใช่

ตั้งแต่ (ปี)..... จนถึง (ปี).....

ผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับปิโตรเลียมชนิดใดที่ผลิต? กรุณาระบุชื่อ

.....

.....

20. คุณใช้ยาแก้ปวดหรือไม่? ที่ผ่านมากุณเคยใช้ยาแก้ปวดหรือไม่?

ใช่

ไม่ใช่

หากใช่ ระบุชนิด

.....

.....

บ่อยครั้งเพียงใด

น้อยกว่า 10 เม็ดต่อปี ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

มากถึง 50 เม็ดต่อปี ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

มากถึง 100 เม็ดต่อปี ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

มากถึง 350 เม็ดต่อปี ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

มากกว่า 350 เม็ดต่อปี ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

21. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

คุณสูบบุหรี่หรือไม่?

ใช่

ไม่ใช่

คุณเคยสูบบุหรี่หรือไม่?

ใช่

ไม่ใช่

หากใช่, คุณสูบบุหรี่ประเภทใดและบ่อยเท่าใด?

สูบบุหรี่หลายมวนต่อวัน ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

บุหรี่ยีการ์หลายมวนต่อวัน ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

ไปป์หลายก้านต่อวัน ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

เคี้ยวใบยาสูบ ตั้งแต่ (ปี) จนถึง (ปี)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาสูบของคุณ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22. กว่า10 ปีที่ผ่านมาคุณเคยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและได้รับการรักษาด้วยยาหรือไม่?

ไม่เคย

มากที่สุด 1 ครั้งต่อปี

หลายครั้งต่อปี

23. คุณเคยตรวจสุขภาพตามข้อบังคับของอาชีพเวชศาสตร์ที่กำหนดโดยรัฐหรือไม่?

ใช่

ไม่ใช่

หากใช่ กรุณาอธิบาย

.....

.....

.....

24. คุณทราบหรือไม่ว่ามีบุคคลในครอบครัวของคุณป่วยเป็นโรคทางกระเพาะปัสสาวะหรือไม่?

ใช่

ไม่ใช่

หากใช่ โรคอะไร?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ระบุความสัมพันธ์ (เช่น ปู่ย่า ตายาย, พ่อ แม่, พี่ น้อง, ลูก)

25. ระบุงานอดิเรกของคุณ (เช่น ทำสวน, งานหัตถกรรม, วาดรูป, ตกปลา, ฯลฯ)

.....

.....

.....

26. กรุณาระบุสถานที่เกิดและสถานที่ที่คุณเคยพักอาศัยในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

สถานที่เกิด..... ตำบล/เมือง.....

ตั้งแต่ (ปี)จนถึง (ปี).....อำเภอ.....เมือง.....

ตั้งแต่ (ปี)จนถึง (ปี).....อำเภอ.....เมือง.....

ตั้งแต่ (ปี)จนถึง (ปี).....อำเภอ.....เมือง.....

ตั้งแต่ (ปี)จนถึง (ปี).....อำเภอ.....เมือง.....

แบบฟอร์มการให้ความยินยอม :

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ในข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลประวัติการรักษาทางการแพทย์รวมทั้งตัวอย่างเลือดของข้าพเจ้าโดย

.....และสถาบันสรีรวิทยาทางด้านอาชีพอนามัย
มหาวิทยาลัยดอร์ทมุน ประเทศเยอรมันนี (The Institute for Occupational Physiology at the University of
Dortmund, Germany)

วันที่

ลายเซ็น
