

รายงานผลการดำเนินโครงการ
อบรมให้ความรู้ และตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด
ของเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง
ประจำปีงบประมาณ 2568

โดย

กลุ่มอสม. หมู่ 20
ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย
จังหวัดเชียงราย

กองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลบ้านดู่
ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย

กลุ่มสาระการเรียนรู้ สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม วันที่ ๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๘

เทศบาลตำบลบ้านดู่
เลขที่รับ ๖๖๕๖
วันที่ ๑๖ ก.ค. ๒๕๖๘
เวลา ๐๙.๔๔ น.

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เลขที่รับ ๐๙๒
วันที่ ๑๖ ก.ค. ๒๕๖๘
เวลา ๑๔.๐๐

เรื่อง รายงานผลการดำเนินโครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานผลการดำเนินโครงการ

ด้วย กลุ่ม อสม. หมู่ ๑๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

มีความประสงค์ขอส่งสรุปรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการในกิจกรรม โครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ
รณรงค์/กิจกรรม และกลุ่ม/สื่อ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล

ตำบลบ้านดู่ และได้แนบหลักฐานพร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินโครงการ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่

อสม. ม.๑๐ ส่งรายงานผลการดำเนินโครงการ

อบรมในกิจกรรม โครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ

โครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

จาก อสม. หมู่ ๑๐ ส่งมาด้วย

เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

๒๕๖๘ ๖๖๕๖

(นางสาววิจิตรา ศรีบรรจง)

ตำแหน่ง ๒๕๖๘ ๑๑๖๖

(นางสาววิจิตรา ศรีบรรจง)

คนงาน

๑๗ ก.ค. ๒๕๖๘

ผ่านเอกสาร ๖๖๕๖ ๖๖๕๖ ๖๖๕๖ ๖๖๕๖

เห็นควรดำเนินการตามแผน

ทนาย ๖๖๕๖ ๖๖๕๖ ๖๖๕๖ ๖๖๕๖

นางสาววิจิตรา ศรีบรรจง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๗ ก.ค. ๒๕๖๘

(นายศรีเนตร ธนาคำ)

นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่

ปลัดเทศบาล
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควรดำเนินการตามแผน
(นายธนบดี ใจเจริญ)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
๑๗ ก.ค. ๒๕๖๘

(นายบุญญพันธ์ พุทธิโชติอนันต์)
ปลัดเทศบาลตำบลบ้านดู่
๑๗ ก.ค. ๒๕๖๘

แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....รหัส กปท. ๒๒๗๐
อำเภอ.....จังหวัด.....

1.ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการพัฒนาระบบสุขภาพและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
กลุ่มเสี่ยง

2.ผลการดำเนินงาน

ผู้เข้าร่วมอบรม ๑๒๖ คน และยังไม่เข้าร่วมอบรม ๓๖ คน
9 มกราคม ๒๕๖๒

3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	15,400	บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	12,094	บาท	คิดเป็นร้อยละ 78.53
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน	3,306	บาท	คิดเป็นร้อยละ 21.47

5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☒ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)



6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ☒ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
- ☒ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
- ☐ อื่น ๆ

7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

1. ชื่อ นางสาวรุ่ง วิชัยกุล หมายเลขโทรศัพท์ 084-8082714
2. ชื่อ นางสาวรุ่ง วิชัยกุล หมายเลขโทรศัพท์ 095-2385361
3. ชื่อ นางสาวรุ่ง วิชัยกุล หมายเลขโทรศัพท์ 082-0408388

ลงชื่อ นางสาวรุ่ง วิชัยกุล หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประช
(นางสาวรุ่ง วิชัยกุล)
ตำแหน่ง สมาชิก อบจ. ๒๐
วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๐ ๖๔ ๖๘



สรุปแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการอบรม
 โครงการ อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรด้านเอกสารและงานสารบรรณ
 วันที่ 20 มี.ค. 2564
 ณ อาคารเรียน 10 หมู่ 10

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- เพศ เพศหญิง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 47.31
 เพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 32.69
 รวม 52 คน คิดเป็นร้อยละ 100
- อายุ ต่ำกว่า 20 ปี จำนวน - คน คิดเป็นร้อยละ 0
 20 - 30 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54
 31 - 40 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85
 41 - 50 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 44.23
 51 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 40.38

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

ด้านวิทยาการ

1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน

- | | | |
|----------------------------|-----------------|-------------------------------|
| ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |
| ระดับความพึงพอใจน้อย | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |
| ระดับความพึงพอใจปานกลาง | จำนวน <u>3</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>5.77</u> |
| ระดับความพึงพอใจมาก | จำนวน <u>49</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>94.23</u> |
| ระดับความพึงพอใจมากที่สุด | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |

2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา

- | | | |
|----------------------------|-----------------|-------------------------------|
| ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |
| ระดับความพึงพอใจน้อย | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |
| ระดับความพึงพอใจปานกลาง | จำนวน <u>3</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>5.77</u> |
| ระดับความพึงพอใจมาก | จำนวน <u>49</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>94.23</u> |
| ระดับความพึงพอใจมากที่สุด | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |

3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม

- | | | |
|----------------------------|-----------------|-------------------------------|
| ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |
| ระดับความพึงพอใจน้อย | จำนวน <u>10</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>19.23</u> |
| ระดับความพึงพอใจปานกลาง | จำนวน <u>42</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>80.77</u> |
| ระดับความพึงพอใจมาก | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |
| ระดับความพึงพอใจมากที่สุด | จำนวน <u>-</u> | คน คิดเป็นร้อยละ <u>-</u> |

4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	๕	คน	คิดเป็นร้อยละ	3.85
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	40	คน	คิดเป็นร้อยละ	76.92
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	10	คน	คิดเป็นร้อยละ	19.23

ด้านสถานที่/ระยะเวลา/เอกสารประกอบการอบรม

1. สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	5	คน	คิดเป็นร้อยละ	9.62
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	37	คน	คิดเป็นร้อยละ	71.15
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	10	คน	คิดเป็นร้อยละ	19.23

2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	1	คน	คิดเป็นร้อยละ	1.93
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	50	คน	คิดเป็นร้อยละ	96.16
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	1	คน	คิดเป็นร้อยละ	1.92
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	

3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	52	คน	คิดเป็นร้อยละ	100
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	

4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	55	คน	คิดเป็นร้อยละ	100
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	๗	คน	คิดเป็นร้อยละ	

ด้านความรู้ความเข้าใจ

1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	30	คน	คิดเป็นร้อยละ	57.69
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	22	คน	คิดเป็นร้อยละ	42.31
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....

ด้านการนำความรู้ไปใช้

1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	30	คน	คิดเป็นร้อยละ	57.69
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	22	คน	คิดเป็นร้อยละ	42.31
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....

2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	52	คน	คิดเป็นร้อยละ	100
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....

3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	2	คน	คิดเป็นร้อยละ	3.85
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	50	คน	คิดเป็นร้อยละ	96.15
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

สรุปจากการทำแบบประเมินความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.47

ระดับความพึงพอใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.53

สรุปแบบประเมินความรู้ ก่อน อบรม คิดเป็นร้อยละ 52.17

สรุปแบบประเมินความรู้ หลัง อบรม คิดเป็นร้อยละ 67.43

☐ ส่งแบบร่าง
☐ แบบร่าง
☐ กองการศึกษาศึกษา
☒ กองสาธารณสุข
☐ ตรวจสอบภายใน

20/11/67



เทศบาลตำบลบ้านดู่ กปท.8
 เลขที่รับ 7691
 วันที่ 25 พ.ย. 2567
 เวลา 11.16 น.

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ... รหัส กปท. 6870
 อำเภอ... จังหวัด...

วัน 25 เดือน พ.ย. พ.ศ. 2567

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2568

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
 เลขที่รับ 0161
 วันที่ 25 พ.ย. 2567
 เวลา 15.29

เอกสารแนบ แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (แบบ กปท.7) จำนวน 1 ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” นั้น

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม... เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ กปท. ตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายพัฒน์พงษ์ โพธิ์เกตุ)

นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่

หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่

ประชาชน 0 คน ม. 20

เพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

สุขภาพ ทต.บ้านดู่ ประจำปีงบประมาณ

2568 งบฯ 100,000 บาท

เพื่อไปดำเนินการ

ปลัด

(นางสาววิจิตรว ศิริบรรจง)

คนงาน

25 พ.ย. 2567

- ไม่พร้อมรับงาน

ชื่อ...

(นางสาววิจิตรว ศิริบรรจง)

ตำแหน่ง...

วันที่-เดือน-พ.ศ. 23 พ.ย 67

เรียน ปลัดเทศบาล

- เพื่อโปรดทราบ/เห็นชอบ/เห็นควรดำเนินการตามแผน

26/11/67

(นายธนบดี คำเจริญ)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่

- เพื่อโปรดทราบ

(นางสาวบุญญาพร นาคนิล)

หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล รักษาการ...

ปลัดเทศบาลตำบลบ้านดู่

(นางสาวสร้อยสังวาล คำเรือง)

วิทยาบาลศึกษาธิการ รักษาการในตำแหน่ง

หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ



แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ รหัส กปท. L6870
อำเภอ เมืองเชียงราย จังหวัด เชียงราย

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ กิจกรรมหรือแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

- โครงการอบรมให้ความรู้และตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง

2.ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

- กลุ่ม อสม.หมู่ 20

3.หลักการเหตุผล

จากการดำเนินงานโครงการอบรมให้ความรู้และคัดกรองความเสี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ผ่านมา การประเมินความเสี่ยงเกษตรกรและประชาชนในหมู่ 20 โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่าเกษตรกรและประชาชนในหมู่ที่ 20 มีความเสี่ยงในระดับสูง ถึงสูงมากประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าบุคคลกลุ่มนี้มีความเสี่ยงเกิดสารพิษตกค้างในร่างกายจำนวนมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ส่งผลให้อัตราการป่วยของโรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เข้าไปสะสมจะทำลายอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ตับ ไต ปอด สมอ ผิวหนัง ระบบประสาท ระบบสืบพันธุ์ และตา จนแสดงอาการต่างๆขึ้นมา เช่น โรคมะเร็ง โรคต่อมไร้ท่อ โรคเลือด และระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆดังกล่าว กลุ่ม อสม. หมู่ 20 จึงได้ดำเนินโครงการอบรมให้ความรู้และตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจหาสารเคมีในเลือดและได้รับความรู้ในการป้องกันตัวเองและทำการส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขในรายที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย

4.วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการใช้/ได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความรู้เรื่องการป้องกันสารเคมี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย



2. เพื่อตรวจหาระดับสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือดและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงจากการใช้/ได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

5.วิธีดำเนินการ

1. ประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน
2. เขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่
3. ดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการ คือ อบรมให้ความรู้และตรวจหาระดับสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือด
4. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่

6.กลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม

- กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 50 คน

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 6.1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- ☐ 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ☐ 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ☐ 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ)



☐ 6.3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ☐ 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ☐ 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ☐ 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ☐ 9. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ☐ 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ☐ 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ☐ 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ☐ 9. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ



- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ☐ 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ☐ 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ☐ 9. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ☐ 8. อื่น ๆ (ระบุ)

☒ 6.8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.....50.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☒ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☒ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.9. กลุ่มพระสงฆ์ หรือนักบวช ในศาสนาต่าง ๆ จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.10. กลุ่มผู้ต้องขัง จำนวน.....คน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ



- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ☐ 6. อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 6.11. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

- ☐ 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม
- ☐ 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- ☐ 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ
- ☐ 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
- ☐ 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ)

☐ 6.12. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....คน

- ☐ 1. อื่น ๆ (ระบุ)

7.ระยะเวลาดำเนินการ (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)

- กุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2568

8.สถานที่ดำเนินการ

- ณ อาคารเอนกประสงค์ หมู่ 20

9.งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านดู่ จำนวน 15,400 บาท

- ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด 1x3 เมตร	เป็นเงิน	450	บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 25 บาท x 50 คน x 1 มื้อ	เป็นเงิน	1,250	บาท
- ค่าอาหารกลางวัน 75 บาท x 1 มื้อ x 50 คน	เป็นเงิน	3,750	บาท
- ค่าชุดตรวจสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือด 50 ชุด x 100 บาท	เป็นเงิน	5,000	บาท
- ค่าวิทยากร 1 คน 4 ชั่วโมงๆ ละ 600 บาท	เป็นเงิน	2,400	บาท
- ค่าเช่าเครื่องเสียงและค่าบำรุงสถานที่	เป็นเงิน	2,000	บาท
- ค่าสรุปผลการดำเนินงานโครงการ 2 เล่ม	เป็นเงิน	400	บาท
- ค่าแบบประเมินความพึงพอใจ , แบบประเมินความรู้ก่อน – หลัง	เป็นเงิน	150	บาท

รวมเป็นเงิน 15,400 บาท

* หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาสารเคมี
2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้และเข้าใจอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมไปถึงสามารถป้องกันตัวเองได้

ตัวเองได้



11. การประเมินผล

1. การประเมินความรู้ก่อน - หลัง เข้ารับการอบรม
2. การประเมินความพึงพอใจ ในการเข้ารับการอบรม
3. จากการเจาะเลือดเพื่อหาสารเคมี



12. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า ดร. ปรานี ธีรกุล ตำแหน่ง ประธาน อสม. ม.๒๐

หน่วยงาน _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ในฐานะของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

☒ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น☒ สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท.☒ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.256๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม แล้ว

ลงชื่อ ดร. ปรานี ธีรกุล ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(ดร. ปรานี ธีรกุล)ตำแหน่ง ประธาน อสม. ม.๒๐วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๖ มี.ย ๖๕

- เห็นชอบ/อนุมัติ
- ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ _____ หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่-เดือน-พ.ศ. _____



กำหนดการอบรม

โครงการ.....

วันที่

ณ

08.00 – 08.30 น. ลงทะเบียน
 08.30 – 09.00 น. พิธีเปิดการอบรมโครงการ
 09.00 – 12.00 น. บรรยายให้ความรู้เรื่อง

โดย

12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
 13.00 – 15.00 น. บรรยายให้ความรู้เรื่อง

โดย

15.00 – 16.00 น. อภิปราย ชักถาม สรุปการอบรมและปิดการอบรม

หมายเหตุ - พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30 น. และ 14.30 น.
 - กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม





แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....รหัส กปท.

อำเภอ.....จังหวัด.....

ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่...../ 25..... เมื่อวันที่.....
.....สรุปผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

1.ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน

☐ สอดคล้อง ☐ ไม่สอดคล้อง

ความเห็นเพิ่มเติม.....

2.ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุน ฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น

☐ ซ้ำซ้อน ☐ ไม่ซ้ำซ้อน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

3.ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน

☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง

ความเห็นเพิ่มเติม.....

4.เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2567 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- ☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]
- ☐ 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]



5.ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2567 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- ☐ 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]
- ☐ 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- ☐ 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

6.งบประมาณที่เสนอ จำนวน..... บาท

- ☐ อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
- ☐ ประชาชนได้รับผลประโยชน์ ☐ ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ
- ☐ ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ ☐ ค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่า

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน..... บาท

ความเห็นเพิ่มเติม.....

- ☐ ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ.....

- ☐ ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ภายในวันที่.....(ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.10)

- ☐ ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการประชุม

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

วันที่-เดือน-พ.ศ.



ข้อตกลง

การขอรับสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านดู่

ข้อตกลงเลขที่ 27/2568

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เทศบาลตำบลบ้านดู่ ตั้งอยู่เลขที่ 486 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เมื่อวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568 ระหว่าง เทศบาลตำบลบ้านดู่ โดย **นายบุญญพันธ์ พุทธิโชตินันต์** ตำแหน่ง **ปลัดเทศบาล ปฏิบัติหน้าที่นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่** ผู้บริหารสูงสุดขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “**องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**” ฝ่ายหนึ่ง กับ กลุ่ม อสม. หมู่ 20 โดย **นางปราณี วิริยะกุล** ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข/หน่วยงานอื่น/องค์กร/กลุ่มประชาชน ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯ ตามข้อ 10 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยขอรับสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านดู่ ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “**ผู้ดำเนินงาน**” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย จึงได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ดำเนินงาน ตกลงจะดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนินงาน ของโครงการหรือกิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเป็นไปตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการสนับสนุนเงิน จำนวน 15,400.00 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันสี่ร้อยบาทถ้วน) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินงานจะต้องเป็นผู้จัดเก็บเอกสารและหลักฐานค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อรองรับการตรวจสอบไว้ ดังนี้

- 1) ข้อตกลง ที่ได้รับรายละเอียดสาระสำคัญไว้ในข้อตกลงครบถ้วนแล้ว
- 2) โครงการหรือกิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- 3) หลักฐานการรับเงินของผู้ดำเนินงาน
- 4) หลักฐานการจ่ายเงินตามโครงการหรือกิจกรรม
- 5) รายงานผลการดำเนินงาน



ข้อ 2 หากผู้ดำเนินงาน ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ หรือกิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้ดำเนินงาน ผู้ดำเนินงานยินยอม รับผิดชอบภาระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไร

หากผู้ดำเนินงาน ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดำเนินงานยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

- 1) การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
- 2) การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
- 3) ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทาง ราชการโดยอนุโลม
- 4) หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
- 5) ให้รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรมต่อกองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุน กำหนด
- 6) งบประมาณที่สนับสนุนตามโครงการหรือกิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนฯ

กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้ได้รับเงินอุดหนุน ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในข้อตกลงนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายบุญญพันธ์ พุทธิโชตินันต์)

(ลงชื่อ).....ผู้ดำเนินงาน
(นางปราณี วีริยะกุล)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นายธนบดี คำเจริญ)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางผ่องฉวี คำแก้ว)





ข้อกำหนดและเงื่อนไข Terms and Conditions

1. โปรดนำสมุดคู่มือนี้และบัตรประจำตัวมาด้วยทุกครั้งที่คุณติดต่อธนาคาร
Please bring your passbook and ID card or other identification documents when visiting the Bank.
2. โปรดเก็บสมุดคู่มือไว้ในที่ปลอดภัย อย่าฝากไว้กับพนักงานธนาคารหรือบุคคลอื่น กรณีสูญหายแจ้งอายัดได้ทุกสาขา หรือที่หมายเลข 02 111 1111 แล้วนำใบแจ้งความติดต่อสาขาเจ้าของบัญชี เพื่อยกเลิกสมุดคู่มือเล่มใหม่ กรณีสมุดคู่มือเล่มนี้มีการชำรุดเสียหายให้ให้นำสมุดคู่มือเล่มใหม่ไปเปลี่ยนเล่มใหม่ได้ทุกสาขา
Please keep the passbook in a secure place and do not be placed under any other person's custody. If it is lost or stolen, immediately notify at any branch or call 02 111 1111, and bring a police report of the lost passbook to account holding branch for issuing a new passbook. The full passbook can be renewed at any branch.
3. การถอนเงินจากสาขานี้สามารถถอนได้เฉพาะเจ้าของบัญชี
Only the account holder is allowed to make a withdrawal at any branch.
4. ยอดคงเหลือในสมุดคู่มือจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้ตรวจสอบแล้วว่าตรงกับบัญชีของธนาคาร ควรนำสมุดมาปรับรายการอย่างน้อยเดือนละครั้ง ได้ที่เครื่องปรับสมุดอัตโนมัติ หรือที่สาขา
The account balance shown in the passbook will be deemed correct only if it is verified with the corresponding record kept by the Bank. The passbook should be updated once a month with Passbook Update Machines or at any branch.
5. การนับจำนวนเงินเพื่อคำนวณดอกเบี้ยเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารจะใช้หลักเกณฑ์ตามปีปฏิทินที่ถึงวันจริง
Interest for saving account is calculated on a daily balance basis according to the actual calendar year.
6. บัญชีที่ขาดการเคลื่อนไหว และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือ คิดค่าธรรมเนียมตามเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด
An inactive account with a balance less than the amount specified by the Bank will be closed and/or service charge may be levied on the account as specified in the Bank's Tariff of Charges.
7. เงินฝากนี้ได้รับความคุ้มครองจากสถาบันคุ้มครองเงินฝากตามจำนวนที่กำหนดไว้ในกฎหมาย
The deposit amount is protected by the Deposit Protection Agency as prescribed by law.



Scan for
Terms and Conditions

สำนักงาน รรที่สาขา 842
Office

บัญชีเลขที่ 842 - 0 - 68193 - 8
Account No.

สาขาตลาดน้ำหน้า (เชียงราย)

ชื่อบัญชี
Account Name

นางปราณี วิริยะกุล และ
นางตรุณี ใจจุลละ และ
นางพองฉวี คำแก้ว



Krungthai
กรุงไทย



ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

SA AB 5854049

สำเนาถูกต้อง

นางปราณี วิริยะกุล
(นางปราณี วิริยะกุล)

สำเนาถูกต้อง
พลตำรวจตรี ธีรยุทธ
(พลตำรวจตรี ธีรยุทธ)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 5701 01061 27 7
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาง ปราณี วิริยะกุล
Name Mrs. Pranee
Last name Viriyakul
เกิดวันที่ 30 ก.ย. 2505
Date of Birth 30 Sep. 1962

ที่อยู่ 283 หมู่ที่ 20 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย
จ.เชียงราย
9 พ.ค. 2566
วันออกบัตร 8 May 2023
Date of Issue

29 ก.ย. 2574
วันหมดอายุ 29 Sep. 2031
Date of Expiry

5701-06-05091520

รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 5701-058828-7 สำนักทะเบียน อำเภอเมืองเชียงราย

รายการที่อยู่ 283 หมู่ที่ 20 นางกวิศรา ยวงมณี
ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน
ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ นายทะเบียน
นายเต็ดดวง อนุกุล
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 26 พ.ค. 2543

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 5701-058828-7 ลำดับที่ 2

ชื่อ นางปราณี วิริยะกุล (น.ส.จิตาภา ชัยลังกา) สัญชาติ ไทย เพศหญิง

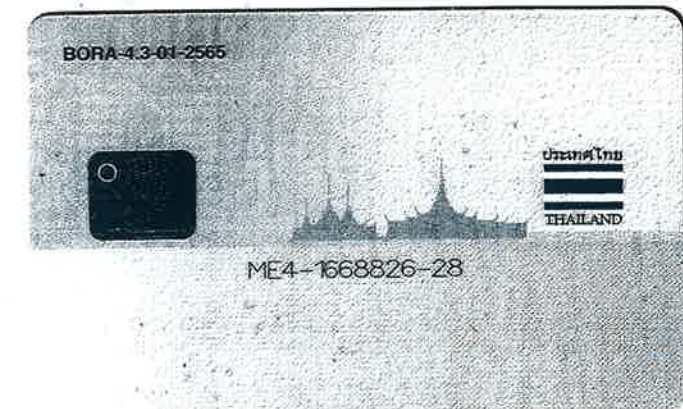
เลขประจำตัวประชาชน 3-5701-01061-27-7 สถานภาพ โสด เกิดเมื่อ 30 ก.ย. 2505

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ บัวคำ 3-5701-01061-26-9 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ อ้นปิ่น 3-5701-01061-25-1 สัญชาติ ไทย

* มาจาก
ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร
เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 4 ม.ค. 2532 นายเต็ดดวง อนุกุล

** ไปที่ นายทะเบียน



ผ่องศรี คำแก้ว
(สำเนาถูกต้อง)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 01061 90 1

ชื่อและนามสกุล นามสกุล ใจจุลละ
Name Mrs. Darunee
Last name Jajulla
เกิดวันที่ 8 ต.ค. 2509
Date of Birth 8 Oct. 1967

อายุ 14 ปี 20 เดือน 0 วัน เมืองเรียนชาย
15 พ.ค. 2568
Date of Issue 15 May 2023 (ตามเกณฑ์ อายุ) (ตามเกณฑ์ อายุ) 7 ต.ค. 2574
Date of Expiry 7 Oct. 2031

3 5701 01061 90 1

ม/มกมด
9 ต.ค. 2574
ม/อสมกมด 28 พ.ค. 2574
24 92
24 92

BORA-4.3-01-2565

ประเทศไทย
THAILAND

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 11 มิ.ย. 2568

ข้าพเจ้า กลุ่ม อสม. หมู่ 20 ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ ที่อยู่ 486 หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ดังรายการต่อไปนี้

[illegible]

จำนวนเงิน (หนึ่งหมื่นห้าพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ นางปราณี วิริยะกุล ผู้รับเงิน
(นางปราณี วิริยะกุล)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(นางดรณี ใจจุลละ)

นาง ผ่องศรี คำแก้ว

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
 (นายธนบดี ผาเจริญ)

ผลการตรวจหาสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือด

จากการดำเนินงานโครงการให้ความรู้และตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจหาสารเคมีที่ตกค้างอยู่ในกระแสดเลือด ทั้งหมด
๕๓ คน เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง เกษตรกร และกลุ่ม
เสี่ยงที่ได้รับการตรวจเจาะเลือดปลายนิ้วมือ โดยแผ่นทดสอบโคลินเอสเตอเรสได้ผลการตรวจดังนี้

ผลการตรวจหาสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือด

ปกติ	๔	คน	คิดเป็น ร้อยละ ๗.๕
ปลอดภัย	๒๗	คน	คิดเป็น ร้อยละ ๕๑.๐
มีความเสี่ยง	๒๒	คน	คิดเป็น ร้อยละ ๔๑.๕

ผู้ที่มีความเสี่ยง ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือด และให้ตรวจซ้ำ
อีก ๖ เดือน

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ... ศูนย์พัฒนาโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสังกัด
 วันที่... 20 มี.ค. 2568
 ณ... อาคารมรรคา

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ
1	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	084-8082714	/
2	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	0952305381	/
3	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	0835818506	✓
4	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	0857500573	x
5	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	081-988662	x
6	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	081-1139949	x
7	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	0638532860	✓ 80
8	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	081-1892012	✓
9	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	084-8071228	x
10	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	090-3324597	x 70
11	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	08145385131	✓
12	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	089-1233757	x
13	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	091-8524943	x 70
14	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	089-7550924	✓
15	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	0894346798	✓ 70
16	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	081-7248242	✓
17	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	081-1896131	✓
18	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	093-291129	x
19	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	090-734645	✓
20	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	-	✓
21	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	-	✓ 70
22	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	-	✓ 70
23	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	-	✓
24	หุสขันธ์ ธีระกุล	หุสขันธ์	086-5159267	✓

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ
25	วิมลดา คุ้มโค		084-1424554	✓
26	ผ่องศรี คุ้มโค		062-0408308	✓
27	จริศ ลิ้มพุด		083-5681256	x
28	แพรว วัฒนศิริ		084-901 311	x
29	สุวิมล ใจจุมพ	สุวิมล	084008 9530	✓
30	อุษา ใจจุมพ	อุษา	-	✓
31	อรุณี ออธศิริ	อรุณี	0808526255	✓
32	ด.ช. ธีรวัฒน์ ใจจุมพ	ด.ช. ธีรวัฒน์	094-3591951	x
33	ผยทอณ ใจจุมพ		087-7264261	x
34	นาง สอนวิมล ใจจุมพ		095 427343	✓
35	กฤษณา ออธศิริ	กฤษณา	-	✓
36	วิมลวิมล ลิ้มประเสริฐ	วิมลวิมล	-	✓
37	พิมพ์วิมล ออธศิริ	พิมพ์	082 0776746	✓
38	กนกวรรณ ฐิตะ	กนกวรรณ	083-2911066	✓
39	ผยทอณวิมล คุ้มโค		-	x
40	ร.ท. ธีรวัฒน์ ลิ้มพุด		0907629641	✓
41	กมลธรณี คุ้มโค		-	✓
42	ธีรวัฒน์ ลิ้มพุด		0899503899	✓
43	นิรันดร์ หนองไผ่	นิรันดร์	085 711 5483	✓ 10
44	ฉันทนา ลิ้มประเสริฐ	ฉันทนา	064 7176270	✓
45	ศิริพร ขอดทอน	ศิริพร	061 416 962	✓
46	ศิริยา ใจจุมพ	ศิริยา	080 8062689	x
47	สายัน ใจจุมพ	สายัน	090 520 7298	x
48	นางอรรช คุ้มโค		093 2801001	✓
49	วิมล คุ้มโค	วิมล	0840473609	✓
50	ผยทอณ ออธศิริ	ผยทอณ	0825452365	x
51	วิมล ใจจุมพ	วิมล	0825034922	ns ✓

[illegible]

บันทึกตกลงการจ้าง

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๑๗๖. ๕.๒๐

ตำบลบ้านตู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน ดร. วิไล ใจใส

ด้วย ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๑๗๖.

หมู่ที่ ๒๐

มีความประสงค์จะจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน ก่อสร้างถนน ๗๕ ม. x 1.๕๐ x ๕๐ ซม.

ในราคาเป็นเงิน 3750 บาท (สามพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาท) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้ไม่เรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ)..... ดร. วิไล ใจใสผู้ว่าจ้าง
(ดร. วิไล ใจใส)

(ลงชื่อ)..... นางสาว วิไล ใจใสผู้รับจ้าง
(นางสาว วิไล ใจใส)

(ลงชื่อ)..... นิยม มโนตาพยาน
(นาง นิยม มโนตา)

(ลงชื่อ)..... นางสาว วิไล ใจใสพยาน
(นางสาว วิไล ใจใส)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่..... ๐๖๖. ๖. ๒๐.....

ตำบลบ้านคู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ ๒๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง ตรวจรับ ค่อทพกรวณ 75 มม x 150 x 80 ซม.

เรียน ประธาน ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๖. ๖. ๒๐.....

ตามที่ ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๖. ๖. ๒๐..... ได้ซื้อหรือจ้าง

ค่อทพกรวณ 75 มม x 150 x 80 ซม.
จาก..... ๓๓ ไร่ ๑๐๖๖..... งบประมาณ..... 3,780..... บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง ลงวันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)..... ๐๖๖. ๖. ๒๐..... กรรมการ

(..... ๓๓ ไร่ ๑๐๖๖.....)

(ลงชื่อ)..... ดิษณ มโนนาณ..... กรรมการ

(..... ๓๓ ไร่ ๑๐๖๖.....)

(ลงชื่อ)..... ๐๖๖. ๖. ๒๐..... กรรมการ

(..... ๓๓ ไร่ ๑๐๖๖.....)



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568
ข้าพเจ้า ทอ สวัสดิ์ นามสกุล ใจสูง อยู่บ้านเลขที่ 178
ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบล อำเภอ จังหวัด
อำเภอ จังหวัด ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าอาหารกลางวัน 75 บาท x 50 x 50 คน.	3750	-
รวมเป็นเงิน	3750	-

จำนวนเงิน - สามพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ทอ สวัสดิ์ ใจสูง ผู้รับเงิน
(สสวัสดิ์ ใจสูง)

ลงชื่อ ทอ สวัสดิ์ ใจสูง ผู้จ่ายเงิน
(ทอ สวัสดิ์ ใจสูง)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 5701 01065 00 1
Identification Number
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สีผัด ใจจุมปา
Name Mrs. Seephat
Last Name Chaichumpa
เกิดวันที่ 2 ส.ค. 2499
Date of Birth 2 Aug. 1956
ที่อยู่ 178 หมู่ 20 ต.บ้านคู อ.เมืองเชียงราย
4 เชียงราย
12 เม.ย. 2558
วันออกบัตร
12 Apr. 2023
Date of Issue
อายุการใช้งาน
LIFELONG
Date of Expiry 5701-03-04120824

สีผัด ใจจุมปา

สีผัด ใจจุมปา



๒๕๖๓/๑๑/๑๕
 ๒๕๖๓/๑๑/๑๕



နို့၊ အပျက်အစား
အချက်အလက်

บันทึกตกลงการจ้าง

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม.....อสม. ๘.๑๐.....

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่.....1๙.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ.๒๕๕๘.....

เรียน รณ. วิมล อดิเรกกิจ.....

ด้วย ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม.....อสม. ๘.๑๐.....หมู่ที่.....๑๐.....มีความประสงค์จะจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน.....อาทรรโณพรหมศรีธรรม จีระน 1 8๑๖/ ๘๘๓๓.....
.....จำนวน ๕๐ คน......

ในราคาเป็นเงิน๕๕๐.....บาท (.....ห้าร้อยห้าสิบบาท.....) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่.....๑๐.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ.๒๕๕๘.....

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด.....1.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำให้ไม่เรียบร้อย หรือทำให้ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....รณ. วิมล อดิเรกกิจ.....ผู้ว่าจ้าง
(.....นายก อบจ. เชียงราย.....)

(ลงชื่อ).....รณ. วิมล อดิเรกกิจ.....ผู้รับจ้าง
(.....รณ. วิมล อดิเรกกิจ.....)

(ลงชื่อ).....ดิยม มโนนาท.....พยาน
(.....นาง ดิยม มโนนาท.....)

(ลงชื่อ).....ผ่องศรี ศรี/ท.....พยาน
(.....นางผ่องศรี ศรี/ท.....)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่..... ๐๖๖. ๖-๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง ตรวจรับ..... ๐๖๖. ๖-๒๐

เรียน ประธาน ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๖. ๖-๒๐

ตามที่ ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๖. ๖-๒๐ ได้ซื้อหรือจ้าง

จาก..... ๐๖๖. ๖-๒๐ งบประมาณ..... บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง ลงวันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 20 เดือน สิงหาคม

พ.ศ. ๒๕๖๘ จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(๐๖๖. ๖-๒๐

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(๐๖๖. ๖-๒๐

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(๐๖๖. ๖-๒๐

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ๐ สฉ. ๑. ๒๐

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๘

ข้าพเจ้า นาย อรรถ งามวิจิตร บ้านเลขที่ ๒๑๘ หมู่ที่ ๒๐ ถนน -

ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม อสม. ๑๒๐

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
- ๑. ค่าตอบแทนกรรมการอสม. ๑๒๐ / ๑๒๐๐ บาท ๒. ค่าตอบแทนกรรมการอสม. ๑๒๐ / ๑๒๐๐ บาท	๑๒๐๐	-
รวมเป็นเงิน	๑๒๐๐	-

จำนวนเงิน หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ นาย อรรถ งามวิจิตร ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) นาย อ. งามวิจิตร ผู้จ่ายเงิน



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน มี.ค. พ.ศ. ๖๘
ข้าพเจ้า นาย นิธิกร นามสกุล ควิระกิจ อยู่บ้านเลขที่ ๒๑๘
ซอย ๑ ถนน ตำบล มีนาค อำเภอบ้านนา จังหวัด นครราชสีมา
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ / กองทุนบ้านนา ตำบล มีนาค
อำเภอ บ้านนา จังหวัด นครราชสีมา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
อาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม จำนวน ๑ ชุด ๗ ชุดละ ๒๐ บาท จำนวน ๖๐ ชุด	๑,๒๐๐	-
รวมเป็นเงิน	๑,๒๐๐	-

จำนวนเงิน หนึ่งพันสองร้อยบาท - บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ (นาย นิธิกร) ผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นาย นิธิกร) ผู้จ่ายเงิน

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 1998 00020 68 7
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สมชาย คล้ายรักษ์
Name Mr. Somchai
Last name Khaiyrak
เกิดวันที่ 11 เม.ย. 2513
Date of Birth 11 Apr. 1970

ที่อยู่ 218 หมู่ที่ 20 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย
จ.เชียงราย
4 5.ค. 2567
วันออกบัตร
4 Dec. 2024
Date of issue

นายไชยวัฒน์ ชูจันทร์พงศ์
เจ้าพนักงานออกบัตร
10 เม.ย. 2578
วันบัตรหมดอายุ
10 Apr. 2033
Date of Expiry

5701-03-12041122



Signature

นายไชยวัฒน์ ชูจันทร์พงศ์



39 22/5/19
श्रीमती सुनीता
श्रीमती सुनीता

แบบตอบรับวิทยากร
โครงการ อบรมให้คำปรึกษาและบริหารจัดการองค์การ/ทีม/โรงเรียน ของ กษ. กษ. และ
วัน ที่ 20 มี.ค. 2568 กลุ่มเลี้ยง

ณ อาคาร ๔/๕ โรงเรียน ๔-๒๐

ชื่อ - สกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
ที่อยู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร
มือถือ อีเมล

เนื่องจาก.

และส่งผู้แทน ชื่อ - สกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
ที่อยู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร
มือถือ อีเมล

लग्गु

(ศาสตราจารย์ ดร. อรุณ วัฒนศิริ)
ตำแหน่ง คณบดี คณะมนุษยศาสตร์

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่... ๖๓๕ ๐๖๖. ๖.๒๐

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ ๒๐ ธ.ค. ๖๘

ข้าพเจ้า นายพิภพ ออสม บ้านเลขที่ 33 หมู่ที่ 4 ถนน -

ตำบล หนองไผ่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ชมชน กลุ่ม/ชมรม อสม ว/ 20

ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
- ค่าวิทยากรบรรยาย 1 ชม 4 ชั่วโมง ชั่วโมงละ 600 บาท	2,400	
รวมเป็นเงิน	2,400	

จำนวนเงิน สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ)  ผู้รับเงิน
(นกขนิษฐา อภินันท์)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน
(๓๖๑/๗ ไร่)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 00370 96 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย พิภพ ดวงมา

Name Mr. Piphop

Last name Doungma

เกิดวันที่ 1 เม.ย. 2516

Date of Birth 1 Apr. 1973

ศาสนา พุทธ

อยู่ 33 หมู่ที่ 4 ต.นางแล อ.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

1 เม.ย. 2565

วันออกบัตร

1 Jun. 2022

Date of issue

(นายไพภพ ดวงมา)

เจ้าหน้าที่ออกบัตร

31 มี.ค. 2574

วันบัตรหมดอายุ

31 Mar. 2031

Date of expiry

5701-03-08011420



พิภพ ดวงมา

(จดหมาย ๓๓๓)



ส.ท.ท.ท.ท.
ท.ท.ท.ท.ท. ท.ท.ท.ท.ท.



วิภาดา
อริยา



အောင်မြင်စွာ
လုပ်ကိုင်နေပါသည်။



สภ.แม่แตง
20 มิถุนายน 2568



วิภาดา 10/10/2020 20/10/2020 20/10/2020

ค่าเช่าเครื่องเสียง + ค่าน้ำ

บันทึกตกลงการจ้าง

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม... ๐.๙-๒ ๒.๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 19 เดือน ๙.๐ พ.ศ. ๖๘

เรียน นายศราวุธ เรืองคำ

ด้วย ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ๐.๙-๒ ๒.๒๐ หมู่ที่ ๒๐ มีความประสงค์จะจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน นายศราวุธ เรืองคำ

ค่าเช่าเครื่องเสียง + ค่าจ้างรถบรรทุก

ในราคาเป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่ ๒๐ เดือน ๙.๐ พ.ศ. ๖๘

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด... 1... วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำให้ไม่เรียบร้อย หรือทำให้ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) นายศราวุธ เรืองคำ ผู้ว่าจ้าง
(นายศราวุธ เรืองคำ)

(ลงชื่อ) นายศราวุธ เรืองคำ ผู้รับจ้าง
(นายศราวุธ เรืองคำ)

(ลงชื่อ) นายศราวุธ เรืองคำ พยาน
(นายศราวุธ เรืองคำ)

(ลงชื่อ) นายศราวุธ เรืองคำ พยาน
(นายศราวุธ เรืองคำ)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ กลุ่ม ๐.๘.๖ ๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ ๒๐ เดือน ๘.๐ พ.ศ. ๖๘

เรื่อง ตรวจรับ ค่าเช่าเครื่องเลี้ยง + ค่าจ้างรถบรรทุก

เรียน ประธาน ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ๐.๘.๖ ๖.๒๐

ตามที่ ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ๐.๘.๖ ๒๐ ได้ซื้อหรือจ้าง ค่าเช่าเครื่องเลี้ยง + ค่าจ้างรถบรรทุก

จาก ๐.๘.๖ ๖.๒๐ งบประมาณ ๒๐๐๐ บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง ลงวันที่ ๑๙ เดือน ๘.๐ พ.ศ. ๖๘ นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๒๐ เดือน ๘.๐

พ.ศ. ๖๘ จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) นาย ธีรวิทย์ ธีรวิทย์ กรรมการ
(นาย ธีรวิทย์ ธีรวิทย์)

(ลงชื่อ) นาย ธีรวิทย์ ธีรวิทย์ กรรมการ
(นาย ธีรวิทย์ ธีรวิทย์)

(ลงชื่อ) นาย ธีรวิทย์ ธีรวิทย์ กรรมการ
(นาย ธีรวิทย์ ธีรวิทย์)



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 20 เดือน ๘.๘ พ.ศ. ๖8

ข้าพเจ้า นายค.ร.ว. นามสกุล วัฒนศัพท์ อยู่บ้านเลขที่ 333

ซอย - ถนน - ตำบล วัฒนศัพท์ อำเภอ เมือง จังหวัด อยุธยา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ 1,000 บาท

อำเภอ เมือง จังหวัด อยุธยา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าเช่าเครื่องเสียง + ค่าบำรุงรักษา	2,000
รวมเป็นเงิน	2,000

จำนวนเงิน สองพันบาทถ้วน บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(นายค.ร.ว. วัฒนศัพท์)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(นายค.ร.ว. วัฒนศัพท์)



นาย ศราวุฒิ เรืองนาม
สำเนาถูกต้อง



ပျံ့နှံ့မှုကိရိယာများ



အသံစနစ်



บันทึกตกลงการจ้าง

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐.๖.๖ ๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 15 เดือน ๖.๖ พ.ศ. ๖๘

เรียน นาย ธีรวิทย์ จันเคม

ด้วย ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐.๖.๖ หมู่ที่ 20 มีความประสงค์จะจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน นาย ธีรวิทย์ จันเคม

ในราคาเป็นเงิน 150 บาท (๑50๐ บาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่ 18 เดือน ๖.๖ พ.ศ. ๖๘

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงานภายในกำหนด.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำให้ไม่เรียบร้อย หรือทำให้ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้างจะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ)..... ผู้ว่าจ้าง
(นาย ธีรวิทย์ จันเคม)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับจ้าง
(ธีรวิทย์ จันเคม)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นาย ธีรวิทย์ จันเคม)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นาย ธีรวิทย์ จันเคม)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ท่ง ๐.๙.๖ ๖. ๒๐

ตำบลบ้านคู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 18 เดือน ๖.๕ พ.ศ. ๖๘

เรื่อง ตรวจรับ ไม้ค้ำคองกร ๑

เรียน ประธาน ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ๐.๙.๖ ๖. ๒๐

ตามที่ ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ๐.๙.๖ ๖. ๒๐

ได้ซื้อหรือจ้าง

ไม้ค้ำคองกร

จาก นาย ธีรวิทย์ จันเค

งบประมาณ 450

บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง ลงวันที่ 15 เดือน ๖.๕

พ.ศ. ๖๘ นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 18 เดือน ๖.๕

พ.ศ. ๖๘ จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) นาย ธีรวิทย์ จันเค กรรมการ
(นาย ธีรวิทย์ จันเค)

(ลงชื่อ) นาย ธีรวิทย์ จันเค กรรมการ
(นาย ธีรวิทย์ จันเค)

(ลงชื่อ) นาย ธีรวิทย์ จันเค กรรมการ
(นาย ธีรวิทย์ จันเค)



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 18 เดือน มิ.ย พ.ศ. 68

ข้าพเจ้า นาย ธีรธนา นามสกุล จันเคม อยู่บ้านเลขที่ 188
ซอย - ถนน - ตำบล มินต์ อำเภอ 150 จังหวัด เชียงใหม่
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบล มินต์
อำเภอ 150 จังหวัด เชียงใหม่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
จ่ายไว้มงโครงการ ขนาด 1x3 เมตร	450
รวมเป็นเงิน	450

จำนวนเงิน สี่ร้อย หกสิบ บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ (ลายเซ็น) ผู้รับเงิน
(ธีรธนา จันเคม)

ลงชื่อ (ลายเซ็น) ผู้จ่ายเงิน
(กองทุนหลักประกันสุขภาพ)

ทะเบียนเลขที่..... 3570101301812
คำขอที่..... 5751549001039(เดิม)
558/2552



แบบ พค.0403

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นายปรีชา จันเสน

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499
เมื่อวันที่..... 25 พฤษภาคม 2549
ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

ทำไม

เขียนเป็นอักษรโรมัน

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

- จำหน่ายและรับทำกรอบรูปทุกชนิด
- จำหน่ายและรับทำสติ๊กเกอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโฆษณา ป้ายผ้าไว้นิตทุกชนิด

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่

เลขที่..... 124 หมู่ที่..... 3 ต./อ./ซอย..... ถนน..... พหลโยธิน
ตำบล/แขวง..... บ้านฉู่ อำเภอ/เขต..... เมือง..... จังหวัด..... เชียงราย

ออกให้ ณ วันที่..... 27 สิงหาคม 2552



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 01301 81 2

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ปรีชา จันเลน
Name Mr. Preecha
Last name Chanlen
เกิดวันที่ 4 พ.ย. 2519
Date of Birth 4 Nov. 1976

ที่อยู่ 188 หมู่ที่ 10 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย
จ.เชียงราย
3 พ.ย. 2562
วันออกบัตร
3 Nov. 2019
Date of Issue

3 พ.ย. 2570
วันบัตรหมดอายุ
3 Nov. 2027
Date of Expiry

5701-02-11031056



สำเนาถูกต้อง



ปรีชา จันเลน

โครงการอบรมให้ความรู้และตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด
ของเกษตรกรและกลุ่มเสี่ยง
วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ณ อาคารประชาร่วมใจ บ้านสันปอแดง หมู่ที่ 20 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก...กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านดู่

สปสช.

วิภา/นางกนก
 ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ทศพร ๐๘๖, ๖, ๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง ตรวจรับ 10 ก.สารปรอท/ก.สารปรอท 11 มม.ปรอท/เงินดววมังกรทอง 11 มม.ปรอท/เงินดววมังกร ก่อ-แล้ว

เรียน ประธาน ชุมชน กลุ่ม/ชมรม ๐๘๖, ๖, ๒๐

ตามที่ ชุมชน กลุ่ม/ชมรม ๐๘๖, ๖, ๒๐ ได้ซื้อหรือจ้าง
10 ก.สารปรอท/ก.สารปรอท 11 มม.ปรอท/เงินดววมังกรทอง 11 มม.ปรอท/เงินดววมังกร ก่อ-แล้ว
จาก เพชรจิรทัศน์ ส.โสม งบประมาณ 150 บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง ลงวันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 19 เดือน สิงหาคม ๒๕๖๘
พ.ศ. ๒๕๖๘ จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) ดร. [ลายเซ็น] กรรมการ
(ทศพร ๐๘๖, ๖, ๒๐)

(ลงชื่อ) ผอ. [ลายเซ็น] กรรมการ
(ดร. [ลายเซ็น])

(ลงชื่อ) ผอ. [ลายเซ็น] กรรมการ
(ดร. [ลายเซ็น])

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ๐๖๔, ๔, ๒๐

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 19 สิงหาคม 2568

ข้าพเจ้า หจจิรธัช วัฒนาก บ้านเลขที่ 336 หมู่ที่ 20 ถนน -

ตำบล วังคต อำเภอ วังน้อย จังหวัด สุพรรณบุรี

ได้รับเงินจาก ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๔, ๙, ๕๐

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
- 10 คัสเกตคอมมมมมม - 11 มมมมมมมมมมมมมมม - 11 มมมมมมมมมมมมมมม	150	
รวมเป็นเงิน	150	—

จำนวนเงิน ๕๑,๐๕๐๘ บาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ)  ผู้รับเงิน
()

(ลงชื่อ) นางสาว นิตยา นิตยา ผู้จ่ายเงิน

ทะเบียนเลขที่ 1579900170991
คำขอที่ 5751553000363



แบบ พค. 0403

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นาย จิรทีปต์ มะโนหาญ

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499

เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

ทริปเปิ้ล จี อิงค์

เขียนเป็นอักษรโรมัน

TRIPLE G INK

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

จำหน่ายหมึกปริ้นเตอร์ และหมึกเครื่องถ่ายเอกสาร อุปกรณ์เครื่องเขียน

จำหน่ายอะไหล่ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์



ที่ตั้งสำนักงานใหญ่

เลขที่ 88/3

หมู่ที่ 8

ตรอก/ซอย

ถนน

ตำบล/แขวง บานดู่

อำเภอ/เขต เมืองเชียงราย

จังหวัด เชียงราย

ออกให้ ณ วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2558

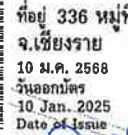




บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 5799 00170 99 1
Identification Number



ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จิรทีปต์ มะโนหาญ
Name Mr. Jiratipt
Last name Manoharn
เกิดวันที่ 6 ก.ย. 2530
Date of Birth 6 Sep. 1987



ที่อยู่ 336 หมู่ที่ 20 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย
จ.เชียงราย
10 ม.ค. 2568
วันออกบัตร
10 Jan. 2025
Date of Issue



5 ก.ย. 2576
วันบัตรหมดอายุ
5 Sep. 2033
Date of Expiry



Handwritten signature in blue ink:
จิรทีปต์ มะโนหาญ
100015100920

কলিকাতা বিশ্ববিদ্যালয়

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

เรียน นาย อนุชิต ศึกษาวัดธรรม

ด้วย ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ๐.๗.๗ ๗๒๐

ตัวอักษร: หนังสือพิมพ์ฉบับ ๐๐ / วันที่ ๖ สิงหาคม

การซื้อขายตามบันทึกฉบับนี้ ผู้ขายจะต้องประกันความชำรุดบกพร่องของพัสดุเป็นเวลา
วัน นับจากวันที่คณะกรรมการตรวจรับพัสดุได้รับมอบพัสดุดังกล่าว หากพัสดุเกิดชำรุดบกพร่องหรือขัดข้องอัน
เนื่องมาจากการใช้งานปกติ ผู้ขายจะต้องจัดการซ่อมแซมหรือแก้ไขให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดีดังเดิม ภายใน 7 วัน
นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม.....หมู่ที่ 20 โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
ใดๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) ดิเรก สอน ผู้ขาย

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ทำการ 0.๘๖ ๖.20

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 19 เดือน ๗.๐ พ.ศ. ๖8

เรื่อง ตรวจรับ...ชุดตรวจสอบการดำเนินงานโครงการฯ ปี ๒๕๖๕

เรียน ประธาน ชมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐.๓.๖ ๖.๒๐

ตามที่ ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม อ.บ.ว.ว.๒๐ ได้ซื้อหรือจ้าง

80055975/02/01/2020 50,80

จาก นางสาว สัตยาพรงบประมาณ..... 1694บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อขายหรือจ้าง ลงวันที่ 19 เดือน ๗.๐ พ.ศ. 68 นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....19.....เดือน.....๙๙.....

พ.ศ. ๖๘..... จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) ๒๖๗๙๖ ธีรวิมล กรรมการ
(๒๐๒๖๗๙๖ ธีรวิมล)

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นาย นพ. ไพฑูริย์ :)

(ลงชื่อ)..... ผ่องศรี คำปณ กรรมการ
(นางผ่องศรี คำปณ)



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 19 เดือน ๕ พ.ศ. ๖8

ข้าพเจ้า นาย ธีร นามสกุล สีลาธรรม อยู่บ้านเลขที่ 396
ซอย ถนนพหลโยธิน ตำบล ขยเวียง อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงรุ
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ 100 บาท ตำบล ขยเวียง
อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงรุ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รถจักรยานยนต์ 100 บาท (สำหรับนักเรียน)	1000	
Haematokrit Tube สีแดง (100 หล)	120	
ถุงมือยางดำ HCL (50 คู่) DURA	130	
ผ้าปิดจมูก 40 คู่ (รวมตามล)	30	
100000000 70% 450 ml	50	
รวม 100 บาท	364	
	2	
รวมเป็นเงิน	1694	

จำนวนเงิน หนึ่งพันหกกร๐๐/๐๐๐๐๐๐๐๐ บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ธีร สีลาธรรม ผู้รับเงิน
()

ลงชื่อ ธีร สีลาธรรม ผู้จ่ายเงิน
()

ที่ E10091220304010



สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกลาง
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าห้างหุ้นส่วนนี้ ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2531 ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0573531000239

ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือนี้ ดังนี้

- ชื่อห้างหุ้นส่วน ห้างหุ้นส่วนจำกัด เวชสิน
- ผู้เป็นหุ้นส่วนของห้างหุ้นส่วน มี 3 คน ตามรายชื่อดังนี้
 - นางอุไร สิลายูวัฒน์ ลงหุ้นด้วย เงิน จำนวน 100,000.00 บาท
 - นางสาวธิดารัตน์ สิลายูวัฒน์ ลงหุ้นด้วย เงิน จำนวน 100,000.00 บาท
 - นายกฤตย์ สิลายูวัฒน์ ลงหุ้นด้วย เงิน จำนวน 100,000.00 บาท
- หุ้นส่วนผู้จัดการของห้างหุ้นส่วนนี้ มี 2 คน ตามรายชื่อดังนี้
 - นางอุไร สิลายูวัฒน์
 - นางสาวธิดารัตน์ สิลายูวัฒน์/
- ข้อจำกัดอำนาจหุ้นส่วนผู้จัดการ มีดังนี้ ไม่มี/
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ 396 หมู่ที่ 13 ถนนพหลโยธิน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย/
- วัตถุประสงค์ของห้างหุ้นส่วนนี้มี 40 ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 3 แผ่น โดยมีลายมือชื่อนายทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารเป็นสำคัญ



อุไร สิลายูวัฒน์

คำเตือน : หนังสือรับรองฉบับนี้พิมพ์ออกจากต้นฉบับที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ การส่งพิมพ์ถือเป็นสำเนาเอกสาร



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce

ก้าวสู่อนาคต
Leading Business
Transformation

Ref:E6810091220304010
ออกให้ ณ วันที่ : 2025-04-02 T13:00:03+0700



หนังสือรับรองฉบับนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นข้อมูล ณ วันที่ออกเอกสาร
ทั้งนี้ ในการใช้งาน ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อความที่ปรากฏบนหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง และสามารถตรวจสอบเอกสารฉบับนี้
ผ่านทาง QR Code และเว็บไซต์กรม (www.d2d.go.th) ได้ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

ที่ E10091220304010



สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกลาง
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ออกให้ ณ วันที่ 2 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

(นางวาสนา พูลสวัสดิ์)

นายทะเบียน

ข้อควรทราบ ประกอบหนังสือรับรอง ฉบับที่ E10091220304010

- นิติบุคคลนี้ได้ส่งงบการเงินปี 2567
- หนังสือนี้รับรองเฉพาะข้อความที่ห้าง/บริษัทได้นำมาจดทะเบียนไว้เพื่อผลทางกฎหมายเท่านั้น ข้อเท็จจริงเป็นสิ่งที่ควรหาไว้พิจารณาฐานะ
- นายทะเบียนอาจเพิกถอนการจดทะเบียน ถ้าปรากฏว่าข้อความอันเป็นสาระสำคัญที่จดทะเบียนไม่ถูกต้อง หรือเป็นเท็จ



๑๕ มิถุนายน



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce

ก้าวสู่ปารุกิจ
สมัยดิจิทัล

Leading Business
Transformation



หนังสือรับรองฉบับนี้ถูกจัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นข้อมูล ณ วันที่ออกเอกสาร
ทั้งนี้ ในการใช้งาน ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อควรทราบท้ายหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง และสามารถตรวจสอบเอกสารฉบับนี้
ผ่านทาง QR Code และเว็บไซต์กรม (www.dbd.go.th) ได้ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

Ref:E6810091220304010

ออกให้ ณ วันที่ : 2025-04-02 T13:00:03+0700

2/5

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- (1) ซื้อ จัดหา รับ เช่า เช่าซื้อ ถือกรรมสิทธิ์ ครอบครอง ปรับปรุง ใช้ และจัดการโดยประการอื่น ซึ่งทรัพย์สินใดๆ ตลอดจนดอก
ผลของทรัพย์สินนั้น
- (2) ขาย โอน จำนอง จำนำ แลกเปลี่ยน และจำหน่ายทรัพย์สินโดยประการอื่น
- (3) เป็นนายหน้า ตัวแทน ตัวแทนค้าต่างในกิจการและธุรกิจทุกประเภท เว้นแต่ในธุรกิจประกันภัย การหาสมาชิกให้สมาคม และ
การค้าหลักทรัพย์
- (4) กู้ยืมเงิน เบิกเงินเกินบัญชีจากธนาคาร บิติบุคคล หรือสถาบันการเงินอื่น และให้กู้ยืมเงินหรือให้เครดิตด้วยวิธีการอื่น โดยจะมี
หลักประกันหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งการรับ ออก โอน และสลับหลังตัวเงิน หรือ ตราสารที่เปลี่ยนมือได้อย่างอื่น
- (5) ทำการจัดตั้งสำนักงานสาขาหรือแต่งตั้งตัวแทน ทั้งภายในและภายนอกประเทศ
- (6) เข้าเป็นหุ้นส่วนจำกัดความรับผิดชอบในหุ้นส่วนและ เป็นผู้ถือหุ้นในบริษัทจำกัดอื่น

วัตถุประสงค์ประกอบพาณิชย์กรรม

- (7) ประกอบกิจการค้าข้าว ผลิตภัณฑ์ข้าว มันสำปะหลัง ผลิตภัณฑ์มันสำปะหลัง ข้าวโพด งา ถั่ว พริกไทย ปอ มัน ฝ้าย ครั่ง สะหู่
ไม้ ยาง ผัก ผลไม้ ขอบป่า สมุนไพร หนังสือตัว เขาสัตว์ สิ่งมีชีวิต เนื้อสัตว์ ขาและ น้ตาล อาหารสัตว์ และพืชผลทางการเกษตรทุกชนิด
- (8) ประกอบกิจการค้าเครื่องจักร เครื่องยนต์ เครื่องมือกล เครื่องทุนแรง ยานพาหนะ เครื่องกำเนิดและเครื่องใช้ไฟฟ้า ตู้เย็น
เครื่องปรับอากาศ พัดลม หม้อหุงข้าวไฟฟ้า เตาไฟฟ้า เครื่องสูบน้ำ เครื่องทำความร้อน เครื่องทำเย็น เครื่องครัว เครื่องเหล็ก เครื่อง
ทองแดง เครื่องทองเหลือง เครื่องสุขภัณฑ์ เครื่องเฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์ไฟฟ้า อุปกรณ์ประปา รวมทั้งอะไหล่และอุปกรณ์ของสินค้า
ดังกล่าวข้างต้น
- (9) ประกอบกิจการค้าอาหารสด อาหารแห้ง อาหารสำเร็จรูป เครื่องกระป๋อง เครื่องปรุงรสอาหาร เครื่องดื่ม สุรา เบียร์ บุหรี่ และ
เครื่องบริโภคอื่น
- (10) ประกอบกิจการค้าผ้า ด้าย เครื่องนุ่งห่ม เสื้อผ้าสำเร็จรูป เครื่องแต่งกาย เครื่องประดับกาย เครื่องสำอาง เครื่องใช้และ
เครื่องมือเสริมความงาม และเครื่องอุปโภคอื่น
- (11) ประกอบกิจการค้ายารักษาและป้องกันโรคสำหรับคนและสัตว์ เครื่องเวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์และเภสัชกรรม ปุ๋ย
ยาปราบศัตรูพืช ยาบำรุงพืชและสัตว์ทุกชนิด เครื่องมือเครื่องใช้ในทางวิทยาศาสตร์
- (12) ประกอบกิจการค้าทอง นาก เงิน เพชร พลอย และอัญมณีอื่น รวมทั้งวัตถุทำเทียมสิ่งดังกล่าว



505 ล้างจาน



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce

ก้าวสู่อนาคต
Leading Business

Transformation



หนังสือรับรองฉบับนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นข้อมูล ณ วันที่ออกเอกสาร
ทั้งนี้ ในการใช้งาน ผู้ใช้ควรตรวจสอบเอกสารที่มอบให้รับรองฉบับนี้ทุกครั้ง และสามารถตรวจสอบเอกสารฉบับนี้
ผ่านทาง QR Code และเว็บไซต์กรม (www.dbd.go.th) ได้ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

Ref:E6810091220304010

ออกให้ ณ วันที่ : 2025-04-02 T13:00:03+0700

3/5

(13) ประกอบกิจการค้ากระดาษ เครื่องเขียน แบบเรียน แบบพิมพ์หนังสือ อุปกรณ์การเรียน เครื่องคำนวณ เครื่องพิมพ์ อุปกรณ์การพิมพ์ สิ่งพิมพ์ หนังสือพิมพ์ ตูเก็บเอกสาร และเครื่องใช้สำนักงานทุกชนิด

(14) ประกอบกิจการค้าวัสดุก่อสร้าง อุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ในการก่อสร้าง เครื่องมือของทุกประเภท หรือเครื่องมือทาสีเครื่องตกแต่งอาคารทุกชนิด

(15) ประกอบกิจการค้าพลาสติก หรือสิ่งอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทั้งที่อยู่ในสภาพวัตถุดิบหรือสำเร็จรูป

(16) ประกอบกิจการค้ายางดิบ ยางแผ่น หรือยางชนิดอื่นอันผลิตขึ้นหรือได้มาจากส่วนใดส่วนหนึ่งของต้นยางพารา รวมตลอดถึงยางเทียม สิ่งทำเทียม วัตถุหรือสินค้าดังกล่าวโดยการรวมวิธีทางวิทยาศาสตร์

(17) ประกอบกิจการทำนา ทำสวน ทำไร่ ทำนาเกลือ ทำป่าไม้ ทำสวนยาง เลี้ยงสัตว์ และกิจการคอกปศุสัตว์

(18) ประกอบกิจการโรงสี โรงเลื่อย โรงงานโม่ และอบไม้ โรงงานคั่วตัวถังรถยนต์ โรงงานผลิตเซรามิคและเครื่องเคลือบ โรงงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา โรงงานอัดปอ โรงงานสกัดน้ำมันพืช โรงงานกระดาษ โรงงานกระสอบ โรงงานทอผ้า โรงงานปั่นด้าย โรงงานย้อมและพิมพ์ลวดลายผ้า โรงงานผลิตและหล่อตอกยางรถยนต์ โรงงานผลิตเหล็ก โรงหล่อและกลึงโลหะ โรงงานสังกะสี โรงงานผลิตอาหารสำเร็จรูป โรงงานสุรา โรงงานแก๊ส โรงงานแก้ว โรงงานผลิตเครื่องดื่ม โรงงานหล่อยาง โรงงานประกอบรถยนต์

(19) ประกอบกิจการโรงพิมพ์ รับพิมพ์หนังสือ พิมพ์หนังสือจำหน่าย และออกหนังสือพิมพ์

(20) ประกอบกิจการ โรงน้ำแข็ง

(21) ประกอบกิจการประมง แพลปลา สะพานปลา

(22) ประกอบกิจการระเบิดหิน และย่อยหิน

(23) ประกอบกิจการรับเหมาก่อสร้างอาคาร อาคารพาณิชย์ อาคารที่พักอาศัย สถานที่ทำการ ถนน สะพาน เขื่อน อุโมงค์และงานก่อสร้างอื่นทุกชนิด รวมทั้งรับทำงานโยธาทุกประเภท

(24) ประกอบกิจการเหมืองแร่ โรงงานถลุงแร่ แยกแร่ แปรรูปแร่ แต่งแร่ สกัดแร่ วิเคราะห์ และตรวจสอบแร่ บดแร่ ขนแร่

(25) ประกอบกิจการโรงแรม กิจการคาร บาร์ ไนต์คลับ โบว์ลิง อาบอบนวด โรงภาพยนตร์และโรงมหรสพอื่น สถานพักผ่อนตากอากาศ สนามกีฬา สระว่ายน้ำ

(26) ประกอบกิจการขนส่งและขนถ่ายสินค้า และคนโดยสารทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมทั้งบริการนำของออกจากท่าเรือตามพิธีศุลกากรและการจัดระวางการขนส่งทุกชนิด



๕๐๕ ๖๖๖๖๖



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce

ก้าวล้ำธุรกิจ
ด้วยนวัตกรรม

Leading Business
Transformation



หนังสือรับรองฉบับนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นข้อมูล ณ วันที่ออกเอกสาร
ทั้งนี้ ในการใช้งาน ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อความที่ปรากฏบนหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง และสามารถตรวจสอบเอกสารฉบับนี้
ผ่านทาง QR Code และเว็บไซต์กรม (www.dbd.go.th) ได้ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

Ref:E6810091220304010

ออกให้ ณ วันที่ : 2025-04-02 T13:00:03+0700

- (27) ประกอบกิจการนำเข้า รวมทั้งธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการนำเข้าทุกชนิด
- (28) ประกอบกิจการนำเข้าจำหน่ายในประเทศ และส่งออกจำหน่ายยังต่างประเทศซึ่งสินค้าตามที่กำหนดไว้ในบัญชี
- (29) ประกอบกิจการตัดผม แต่งผม เสริมสวย ตัดเล็บและซักรีดเสื้อผ้า
- (30) ประกอบกิจการรับจ้างถ่ายรูป ล้างอัดขยายรูป รวมทั้งเอกสาร
- (31) ประกอบกิจการจัดสร้าง และจัดจำหน่ายภาพยนตร์
- (32) ประกอบกิจการสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และให้บริการซ่อมแซม บำรุงรักษา ตรวจสอบ อัดฉีดพ่นน้ำยาแก๊สน้ำมัน สำหรับยานพาหนะทุกประเภท รวมทั้งบริการติดตั้ง ตรวจสอบและแก้ไขอุปกรณ์ ป้องกันวินาศภัยทุกประเภท
- (33) ประกอบกิจการบริการทางค่านกฎหมาย ทางบัญชี ทางวิศวกรรม ทางสถาปัตยกรรม รวมทั้งกิจการโฆษณา
- (34) ประกอบธุรกิจบริการรับคำปรึกษาหารือ รับผิด และการปฏิบัติตามสัญญาของบุคคลอื่น รวมทั้งบริการคำประกันบุคคล ซึ่งเดินทางเข้ามาในประเทศหรือเดินทางออกไปต่างประเทศตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และกฎหมายอื่น
- (35) ประกอบธุรกิจบริการรับเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำปัญหาเกี่ยวกับด้านบริหารงาน พาณิชยกรรม อุตสาหกรรม รวมทั้งปัญหาการผลิตการตลาดและการจัดจำหน่าย
- (36) ประกอบกิจการรับบริการจัดเก็บ รวบรวม จัดทำ จัดพิมพ์และเผยแพร่สถิติ ข้อมูล ในทางเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การเงิน การตลาด รวมทั้งวิเคราะห์และประเมินผลในการดำเนินธุรกิจ
- (37) ประกอบกิจการโรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาล รับรักษาคอนไชน์และผู้ป่วยเจ็บ รับทำการฝึกสอนและอบรมทางด้านวิชาการ เกี่ยวกับการแพทย์การอนามัย
- (38) ประกอบธุรกิจบริการรับเป็นผู้จัดการและดูแลผลประโยชน์ เก็บผลประโยชน์และจัดการทรัพย์สินให้บุคคลอื่น
- (39) ประกอบกิจการประมูลเพื่อขายสินค้าและรับจ้างทำของ ตามวัตถุประสงค์ทั้งหมดให้แก่บุคคล คณะบุคคล นิติบุคคล ส่วนราชการและองค์การของรัฐ
- (40) ประกอบกิจการค้ามาตรวัด เครื่องชั่ง เครื่องตวง รวมทั้งอะไหล่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทุกชนิด



5/5 ลีลาธร



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce

ก้าวสู่ปารุณกิจ
Leading Business
Transformation

Ref:E6810091220304010
ออกให้ ณ วันที่ : 2025-04-02 T13:00:03+0700



หนังสือรับรองฉบับนี้จัดทำด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นข้อมูล ณ วันที่ออกเอกสาร
ทั้งนี้ ในการใช้งาน ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อมูลการทลายหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง และสามารถตรวจสอบเอกสารฉบับนี้
ผ่านทาง QR Code และเว็บไซต์กรม (www.dbd.go.th) ได้ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

ภ.พ.20

ใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม

ชื่อผู้ประกอบการ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เวชสิน

ชื่อสถานประกอบการ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เวชสิน

เป็น ☒ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขาที่

ตั้งอยู่ อาคาร

หมู่บ้าน

หมู่ที่ 13 ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง เรียง

จังหวัด เชียงราย

วันที่ให้เป็นผู้ประกอบการจดทะเบียน 1 มกราคม 2535

ออกให้เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๓๖

ผู้ออกทะเบียน

ตำแหน่ง

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 5 7 3 5 - 3 1 0 0 0 - 2 3 - 9



พื้นที่

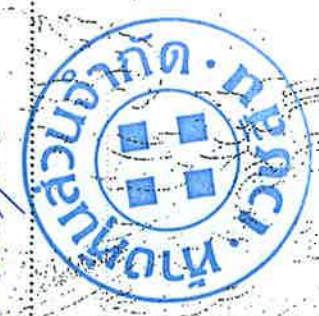
ถนน พหลโยธิน

อำเภอ/เขต เมือง/เชียงใหม่

รหัสไปรษณีย์ 57000

โทรศัพท์

(นางอภิญญา) พงษ์ประเสริฐ
สรรพากรพื้นที่เชียงใหม่



ใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่มนี้ใช้ได้เฉพาะผู้ประกอบการ และเฉพาะสถานประกอบการที่ระบุไว้เท่านั้น และต้องแสดงไว้ ณ ที่เปิดเผยซึ่งเห็นได้ง่ายในสถานประกอบการ
เป็นรายชื่อย่อผู้ประกอบการ ภาษีอากร ผู้ทักดา หรือผู้ดำเนินการสำคัญ ต้องแจ้งไว้ในกรณีสำคัญ 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับใบภาษีมูลค่าเพิ่ม ถูกทำลายหรือชำรุด หากผู้ยื่นขอแจ้งรับใบภาษีมูลค่าเพิ่ม

๐ ๕ ๗ ๖ ๕ ๐

08570010-25560622-1-99-000091 ภพ09-08570010-08570010-1-99-25560622-0-0-0001-90 08570000



ဆီး/အကူအညီ
အကူအညီ အကူအညီ

บันทึกตกลงการจ้าง

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๗. ๗. ๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน นายจิรทัต ภาณุมาศ

ด้วย ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม..... ๐๖๗. หมู่ที่ ๒๐ มีความประสงค์จะจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน..... อัครวิทย์ ธรรมะธรรมะ ๑ คน

ในราคาเป็นเงิน 400 บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน
วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุขำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด 1 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุขำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้มือเรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....ผู้ว่าจ้าง

(นายจิรทัต ภาณุมาศ)

(ลงชื่อ).....ผู้รับจ้าง

(อัครวิทย์ ธรรมะธรรมะ)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายนิคม ภาณุมาศ)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายอัครวิทย์ ธรรมะธรรมะ)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่... กสว. ๐๑๖. ๖. ๒๐

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่... เดือน... พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง ตรวจรับ... จัดทำรูป/เล่ม สรรพากรของโครงการ

เรียน ประธาน ชุมชน... ๐๑๖. ๖. ๒๐

ตามที่ ชุมชน... ๐๑๖. ๖. ๒๐ ได้ซื้อหรือจ้าง

จาก... ๒๐๘ จิตต์/๒๖ ๖.๒๐๑๖... ๔๐๐ บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง ลงวันที่... เดือน... พ.ศ. ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่... เดือน... พ.ศ. ๒๕๖๘

จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)... กรรมการ

(ลงชื่อ)... กรรมการ

(ลงชื่อ)... กรรมการ

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่..... ๐๕๖. ๒๐

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่..... ๒๕๖๘

ข้าพเจ้า..... ๐๕๖. ๒๐..... บ้านเลขที่ ๓๓๖ หมู่ที่ ๒๐ ถนน -

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก ชุมชน..... ๐๕๖. ๒๐

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
จัดทำรูปหล่อพระพุทธรูป	400	
รวมเป็นเงิน	400	

จำนวนเงิน..... ๔๐๐ บาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

ทะเบียนเลขที่ 1579900170991
คำขอที่ 5751553000363



แบบ พท. 0403

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นาย จิรทีปต์ มะโนหาญ

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499

เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

ทริปเปิ้ล จี อิงค์

เขียนเป็นอักษรโรมัน

TRIPLE G INK

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

จำหน่ายหมึกปริ้นเตอร์ และหมึกเครื่องถ่ายเอกสาร , อุปกรณ์เครื่องเขียน

จำหน่ายอะไหล่ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่

เลขที่ 88/3

หมู่ที่ 8

ตรอกซอญ

ถนน

ตำบล/แขวง บ้านดู่

อำเภอ/เขต เมืองเชียงราย

จังหวัด เชียงราย



ออกให้ ณ วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2558





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 5799 00170 99 1
Identification Number



ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จิรทิพย์ มะโนหาญ



Name Mr. Jiratipt
Last name Manoharn
เกิดวันที่ 6 ก.ย. 2530
Date of Birth 6 Sep. 1987

ที่อยู่ 336 หมู่ที่ 20 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเวียงจันทน์

จ.เวียงจันทน์

10 ม.ค. 2568

วันออกบัตร

10 Jan. 2025

Date of Issue

(นาย/นาง/นางสาว/นายหญิง)
เจ้าหน้าที่ออกบัตร

5 ก.ย. 2576

วันบัตรหมดอายุ

5 Sep. 2033

Date of Expiry



5701-05-01100920

Handwritten signature in blue ink:
จิรทิพย์ มะโนหาญ
10 ม.ค. 2568

ภาคผนวก

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล □□□□□
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน...20 มิ.ย 68...ผู้สัมภาษณ์...นางสาว รัชฎา...ตำแหน่ง...อาสาสมัคร

คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในการทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช **ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง** เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. หมายเลขบัตรประชาชน 3 0 7 0 1 0 1 0 6 6 2 3 6

2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) มีรัก อดุล

3. เพศ ☒ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

4. อายุ 58 ปี

5. ที่อยู่ปัจจุบัน 299 ม. 20 ต.วัดข่อย อ.เมือง จ.ยะลา จังหวัด ยะลา

6. งานอาชีพหลัก ☒ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)

☐ 3. รับจ้างฉีดยา (ข้ามไปตอบข้อ 8)

☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)

7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก

☐ 1. ทำไร ระบุ.....

☒ 2. ทำนา ระบุ 25 ไร่

☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในการทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☒ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ

☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ...

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบ ใช่เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้ง ได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทในการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถามข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช้เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช้ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หน้ตากระตูก	☐ ท้องเสีย	☐ สบพิษ
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ ผื่นคัน
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหงื่อออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☐ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☒ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ปกติ ☒ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล □□□□□
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน ๑๐ มิ.ย ๖๘ ผู้สัมภาษณ์ งามระวี ธีระกุล ตำแหน่ง วิชาเอก ๐๘๗
คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในการทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1. หมายเลขบัตรประชาชน 5 5 7 0 1 0 1 0 6 6 2 2 8
2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) น.ระวี งามระวี
3. เพศ ☒ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ ๖๒ ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน 804 ม. ๑๐ ต. หนอง ๐. 1๖๖๖ จังหวัด เชียงราย
6. งานอาชีพหลัก ☒ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)
☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 8)
☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
☐ 1. ทำไร่ ระบุ.....
☒ 2. ทำนา ระบุ 1๐ไร่
☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในการทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☒ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ท่อ บรรจุ
☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช้ได้ 1 คะแนน ตอบใช้เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบ ใช้ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปื้อกขุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถามข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช่เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมือยางป้องกันสารเคมี หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เป็นสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☒	1. ☐
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หนัารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หงุดหงิด	☐ ท้องเสีย	☐ สมอง
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หายใจ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหงื่อออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ปวดตึง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☒ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☒ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☐ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ปกติ ☒ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล□□□□□

วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน 20 ๑๙ 68.....ผู้สัมภาษณ์ ๒๐ ๑๙ ๖๘ วิชาญ.....ตำแหน่ง วิชาญ ๐๑๖๖ ๖๓๑๐

คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. หมายเลขบัตรประชาชน 3 5 ๗ ๐ ๕ ๐ ๐ ๕ 5 4 ๕ 3 ๒

2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) วิชาญ วิชาญ

3. เพศ ☐ 1. ชาย ☒ 2. หญิง

4. อายุ ๑๕ ปี

5. ที่อยู่ปัจจุบัน 199 ๙, ๒๐ ๙, ๖๓ ๑, ๖๓๐๖ จังหวัด วิชาญ

6. งานอาชีพหลัก ☐ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)

☐ 3. รับจ้างฉีดยา (ข้ามไปตอบข้อ 8)

☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)

7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก

☐ 1. ทำไร ระบุ.....

☐ 2. ทำนา ระบุ.....

☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดยา หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ

☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถามข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช้เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช้ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หนึ่รายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หนึ่งตากระตุก	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หมดสติ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหนื่ออก	☐ คลื่นไส้ อาเจียน	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ ปวดท้อง	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล			
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☒ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ชักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ปกติ ☒ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล□□□□□
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน 20 ธ.ค 68 ผู้สัมภาษณ์ นางสาว อธิมา ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ หรือผู้
คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
1. หมายเลขบัตรประชาชน 3 9 9 0 1 0 1 0 6 4 3 8 7
2. ชื่อ – สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) นาย พงษ์ ใจงาม
3. เพศ ☒ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ 61 ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน 340 หมู่ 20 ต.วังเต๋ อ.เมือง จังหวัด อุบลราชธานี
6. งานอาชีพหลัก ☐ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)
- ☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 8)
- ☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
- ☐ 1. ทำไร้ ระบุ.....
- ☒ 2. ทำนา ระบุ นาข้าว
- ☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

- ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน
8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
- ☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12.ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปื้อกขุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14 .ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อความ	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อความข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช่เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อความ	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาษาบรรจ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หงุดหงิด	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หมดสติ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหงื่อออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☐ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☒ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง ☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ปกติ ☒ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล □□□□□
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผู้สัมภาษณ์ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๕ ตำแหน่ง ๒๖ มกราคม ๒๕๖๕
คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1. หมายเลขบัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□
2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) นางสาว ใจดี
3. เพศ ☒ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ 37 ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน 333 ม. ๒ ต.วังใหม่ อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ จังหวัด บุรีรัมย์
6. งานอาชีพหลัก ☐ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)
☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 8)
☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
☐ 1. ทำไร ระบุ.....
☒ 2. ทำนา ระบุ 8 ไร่
☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อความ	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1 ☒	2. ☐	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1 ☒	2. ☐	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อความข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช่เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อความ	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย √ หนึ่รายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นๆ)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หน้าตากระตุก	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หมดสติ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหนื่ออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหารดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☒ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่หญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☒ รับประทาน ☐ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☒ 2. ปกติ ☐ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล □□□□□
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน 20 มิ.ย 68 ผู้สัมภาษณ์ นางสาวณัฏฐิณี อธิษณกุล ตำแหน่ง บริหารงาน อสม.
คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1. หมายเลขบัตรประชาชน 3 5 7 2 7 0 1 0 6 6 9 9
2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) นาย นนทชัย
3. เพศ ☐ 1. ชาย ☒ 2. หญิง
4. อายุ 73 ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน 228 ม/20 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.ยโสธร จังหวัด ยโสธร
6. งานอาชีพหลัก ☒ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)
☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 8)
☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
☐ 1. ทำไร้ ระบุ.....
☐ 2. ทำนา ระบุ.....
☒ 3. ทำสวน ระบุ พริก, มะเขือ, ผักกาด, ผักบุ้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน
8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12.ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14 .ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถามข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช้เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช้ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หนึ่รายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หน้าตากระตุก	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หอบหืด
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหงื่อออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix หาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นโซมคลอรีนเอสเตอเรส)

- ☐ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☒ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นโซมคลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นโซมคลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นโซมคลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☒ 2. ปกติ ☒ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล □ □ □ □ □
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน ๒๐ ๘๖ ๒๕ ผู้สัมภาษณ์ วรณ/ราชนิธิ์ ธรรมภักดิ์ ตำแหน่ง ไร่ธนา ๐๘๘
คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1. หมายเลขบัตรประชาชน ๒ ๕ ๗ ๐ ๗ ๐ ๗ ๐ ๖ ๖ ๘ ๑ ๑
2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) ธิติมา วัฒนศิริ
3. เพศ ☒ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ ๕๒ ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน ๒๒๘ ม. ๒๐ ต. วัดใหญ่ อ. เมือง จ. นครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา
6. งานอาชีพหลัก ☒ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)
- ☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 8)
- ☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
- ☐ 1. ทำไร ระบุ.....
- ☐ 2. ทำนา ระบุ.....
- ☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
- ☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถามข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช้เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช้ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมือยางป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หนึ่รายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หน้าตากระตุก	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หมตสติ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหนื่ออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ปวดตึง/ปวดตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือสม.ที่ได้รับการแนะนำการใช้แบบประเมิน

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหารดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☒ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

1. ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
2. ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่ได้รับประทาน
3. ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
4. จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
5. ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
6. ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☒ 1. ปกติ ☐ 2. ปกติ ☐ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล □ □ □ □ □
วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน 20 มิ.ย 68 ผู้สัมภาษณ์ วัชรพงษ์ วัชรกุล ตำแหน่ง วัชรอน อดง

คำแนะนำ
แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1. หมายเลขบัตรประชาชน 9 9 7 0 7 0 7 0 6 7 4 8 8
2. ชื่อ – สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว) วัชร วัชรกุล
3. เพศ ☐ 1. ชาย ☒ 2. หญิง
4. อายุ 63 ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน 63 ม. 20 ต.วังนาค อ.วังน้อย จ.ลพบุรี จังหวัด ลพบุรี
6. งานอาชีพหลัก ☒ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)
- ☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 8)
- ☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
- ☐ 1. ทำไร่ ระบุ.....
- ☐ 2. ทำนา ระบุ.....
- ☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

- ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน
8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
- ☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ☐ รับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถามข้อ 9 ถึง 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☒	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมหรือปิดไม่สนิทมีการรั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
12.ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะทำงานหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปื้อกขุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
14 .ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☒	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1 ☒	2. ☐	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	1 ☒	2. ☐	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถามข้อ 18 ถึง 23 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบ ใช้เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบ ใช้ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1 ☒
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1 ☒
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1 ☒
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1 ☒
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1 ☒
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1 ☒
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			

คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + ส่วนของ B) ได้ คะแนน
--

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หนึ่รายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวหนัง ผื่นแดง	☐ อ่อนเพลีย	☐ หน้าตากระตุก	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หมตสติ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหนื่อออก	☐ คลื่นไส้	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ปวดตา/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ อาเจียน	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล	☐ ปวดท้อง		
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 23		
	☐ 1. (15 - 24 คะแนน)	☐ 2. (25 - 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 - 45 คะแนน)
☒ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำmatrix ทหาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมาก ให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส)

- ☐ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☒ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง ☒ ไม่มี
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mastinon, Distinon , Pyrimine60) หรือไม่ ☐ รับประทาน ☒ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1 - 2 วันที่ผ่านมา ☐ 3 - 7 วัน ☐ มากกว่า 7 - 14 วัน ☒ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 7 วัน ต่อเดือน ☒ มากกว่า 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☒ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์คลอรีนเอสเตอเรส

- ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ปกติ ☒ 3. มีความเสี่ยง ☐ 4. ไม่ปกติ

แบบประเมิน ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันปอแดง

ชื่อ-สกุล.....นางสาว Popah.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอะไร

☒ ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที

☒ ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด

☐ ค) รีบไปพบแพทย์

2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอะไร

☒ ก) อ่านฉลากที่ติดมากับภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ

☐ ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน

☐ ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก

3. การจับเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกต้องที่สุด

☐ ก) เก็บในปริมาณมากๆ

☐ ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ

☒ ค) เก็บไว้ในที่หีบใช้ได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกต้องที่สุด

☐ ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆกัน

☒ ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม

☐ ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการคว่ำขวดไปมา

5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☐ ก) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน

☐ ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง

☒ ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวน้ำอึกเสบ

6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น

☐ ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน

☐ ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

แบบประเมิน ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันปอแดง

ชื่อ-สกุล..... สมชาย/ศิริ สมใจ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอย่างไร

ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที

☒ ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด

ค) รีบไปพบแพทย์

2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอย่างไร

☒ ก) อ่านฉลากที่ติดมาบนภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ

ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน

ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก

3. การจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกต้องที่สุด

ก) เก็บในปริมาณมากๆ

ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ

☒ ค) เก็บไว้ในที่หีบห่อได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกต้องที่สุด

ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆกัน

☒ ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม

ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการคว่ำขวดไปมา

5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ก) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน

ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง

☒ ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวน้ำองศา

6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☒ ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น

ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน

ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

แบบประเมิน ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันป่อแตง

ชื่อ-สกุล..... 2625685 102 ๑๐/๖

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอย่างไร
 - ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
 - ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด
 - ค) รีบไปพบแพทย์
2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอย่างไร
 - ก) อ่านฉลากที่ติดมากันภาษาขณะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ
 - ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน
 - ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก
3. การจับเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกต้องที่สุด
 - ก) เก็บในปริมาณมากๆ
 - ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ
 - ค) เก็บไว้ในที่หีบใช้ได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง
4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกต้องที่สุด
 - ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆกัน
 - ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม
 - ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการคว่ำขวดไปมา
5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
 - ก) เหนื่อยออกมาก คลื่นไส้อาเจียน
 - ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง
 - ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวหนังอักเสบ
6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
 - ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น
 - ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน
 - ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

แบบประเมิน หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันปอแดง

ชื่อ-สกุล... 2088888 2088888

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอย่างไร

- ☒ ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
- ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด
- ค) รีบไปพบแพทย์

2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอย่างไร

- ☒ ก) อ่านฉลากที่ติดมากับภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ
- ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน
- ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก

3. การจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกต้องที่สุด

- ก) เก็บในปริมาณมากๆ
- ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ
- ☒ ค) เก็บไว้ในที่หยิบใช้ได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกต้องที่สุด

- ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆ กัน
- ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม
- ☒ ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการคว่ำขวดไปมา

5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- ☒ ก) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน
- ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง
- ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวน้ำองศา

6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น
- ☒ ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน
- ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

แบบประเมิน หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันปอแดง

ชื่อ-สกุล.....นางอรุณ ใจดี.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอย่างไร

- ☒ ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
- ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด
- ค) รีบไปพบแพทย์

2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอย่างไร

- ☒ ก) อ่านฉลากที่ติดมาบนภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ
- ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน
- ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก

3. การจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกต้องที่สุด

- ก) เก็บในปริมาณมากๆ
- ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ
- ☒ ค) เก็บไว้ในที่หยิบใช้ได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกต้องที่สุด

- ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆกัน
- ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม
- ☒ ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการกว่าขวดไปมา

5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- ☒ ก) เหนื่อยออกมาก คลื่นไส้อาเจียน
- ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง
- ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวหนังอักเสบ

6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น
- ☒ ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน
- ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

แบบประเมิน หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันปอแดง

ชื่อ-สกุล..... ๒๐๖ ๗๒๒ ๔๑๗

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอย่างไร

- ☒ ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
- ☐ ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด
- ☐ ค) รีบไปพบแพทย์

2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอย่างไร

- ☒ ก) อ่านฉลากที่ติดมากับภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ
- ☐ ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน
- ☐ ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก

3. การจับเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกที่สุด

- ☐ ก) เก็บในปริมาณมากๆ
- ☐ ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ
- ☒ ค) เก็บไว้ในที่หีบห่อได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกที่สุด

- ☐ ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆกัน
- ☐ ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม
- ☒ ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการคว่ำขวดไปมา

5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- ☒ ก) เหนื่อยออกมาก คลื่นไส้อาเจียน
- ☐ ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง
- ☐ ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวหนังอักเสบ

6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- ☐ ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น
- ☒ ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน
- ☐ ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

แบบประเมิน หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกแพทย์เวชกรรมไทยเคลื่อนที่

วันที่ 20 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-12.00 น.

ณ อาคารร่วมใจ บ้านสันปอแดง

ชื่อ-สกุล..... จันทิมา กตวิญญู.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอันตราย การใช้และการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ทับตัวอักษรที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในขณะฉีดพ่นสารเคมีเมื่อสารเคมีเข้าตาควรทำอย่างไร

ก) ล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที

ข) ใช้น้ำยาล้างตาให้เร็วที่สุด

ค) รีบไปพบแพทย์

2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลดีที่สุดควรทำอย่างไร

ก) อ่านฉลากที่ติดมากับภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนใช้เสมอ

ข) ทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่อากาศร้อน

ค) ควรทำการฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ฝนตก

3. การจับเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บวิธีใดจึงจะถูกต้องที่สุด

ก) เก็บในปริมาณมากๆ

ข) เก็บรวมกับวัสดุทางการเกษตรอื่น ๆ

ค) เก็บไว้ในที่หยิบใช้ได้สะดวกแต่สูงพ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

4. วิธีการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้อใดถูกต้องที่สุด

ก) ผสมสารหลายชนิดในถังพร้อมๆกัน

ข) ใช้ถ้วยตวงปริมาณสารเคมีทุกครั้งที่ผสม

ค) เขย่าขวดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชการคว่ำขวดไปมา

5. ข้อใดคืออาการของร่างกายเมื่อเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ก) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน

ข) มีไข้ ท้องผูก แขนขาอ่อนแรง

ค) ง่วงซึม แสบตา ผิวน้ำอึกเสบ

6. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ก) ฉีดช่วงเช้าหรือช่วงเย็น

ข) ฉีดเฉพาะช่วงกลางวัน

ค) ฉีดเวลาใดก็ได้

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ

1. เพศ ☐ หญิง ☒ ชาย
2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 20-30 ปี ☐ 31-40 ปี ☒ 41-50 ปี ☐ 51 ปีขึ้นไป
3. การศึกษา
- ☒ ต่ำกว่าระดับประถม ☐ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- ☐ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	☒	☐	☐	☐	☐
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	☒	☐	☐	☐	☐
3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	☒	☐	☐	☐	☐
4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	☒	☐	☐	☐	☐
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / เอกประกอบการอบรม					
1. สถานที่มีความเหมาะสม	☐	☒	☐	☐	☐
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	☒	☐	☐	☐	☐
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	☒	☐	☐	☐	☐
4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม	☒	☐	☐	☐	☐
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม	☐	☒	☐	☐	☐
ด้านการนำความรู้ไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	☒	☐	☐	☐	☐
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	☒	☐	☐	☐	☐
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	☒	☐	☐	☐	☐

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ข้อเสนอแนะในการอบรมครั้งนี้ ได้แก่

.....

.....

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ

1. เพศ ☒ หญิง ☐ ชาย

2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 20-30 ปี ☐ 31-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☒ 51 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถม ☒ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

☐ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	☒				
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา		☒			
3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม					
4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	☒				
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / เอกประกอบการอบรม					
1. สถานที่มีความเหมาะสม		☒			
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์		☒			
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม		☒			
4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม		☒			
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม	☒				
ด้านการนำความรู้ไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	☒				
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	☒				
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	☒				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ข้อเสนอแนะในการอบรมครั้งนี้ ได้แก่

.....

.....

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม
โครงการ.....
วันที่.....

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ

1. เพศ ☐ หญิง ☒ ชาย

2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 20-30 ปี ☐ 31-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☒ 51 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถม ☒ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

☐ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	✓				
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	✓				
3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	✓				
4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	✓				
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / เอกประกอบการอบรม					
1. สถานที่มีความเหมาะสม	✓				
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	✓				
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	✓				
4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม	✓				
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม	✓				
ด้านการนำความรู้ไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	✓				
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	✓				
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	✓				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ข้อเสนอแนะในการอบรมครั้งนี้ ได้แก่

.....
.....

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม
โครงการ อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ นครเชียงใหม่
วันที่ ๒๐ มี.ค. ๖๘

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ

1. เพศ ☐ หญิง ☒ ชาย

2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 20-30 ปี ☐ 31-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☒ 51 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถม ☐ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

☐ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☒ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	✓				
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	✓				
3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	✓				
4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	✓				
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / เอกประกอบการอบรม					
1. สถานที่มีความเหมาะสม		✓			
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์		✓			
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม		✓			
4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม		✓			
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม	✓				
ด้านการนำความรู้ไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	✓				
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	✓				
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	✓				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ข้อเสนอแนะในการอบรมครั้งนี้ ได้แก่

.....

.....

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม
 โครงการ อบรมพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความรู้ในสื่อออนไลน์
 วันที่ 20 มิ.ย 68

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ

1. เพศ ☐ หญิง ☒ ชาย

2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 20-30 ปี ☒ 31-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☐ 51 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถม ☒ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

☐ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	✓				
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	✓				
3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	✓				
4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	✓				
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / เอกประกอบการอบรม					
1. สถานที่มีความเหมาะสม	✓				
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	✓				
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	✓				
4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม	✓				
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม	✓				
ด้านการนำความรู้ไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	✓				
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	✓				
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	✓				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ข้อเสนอแนะในการอบรมครั้งนี้ ได้แก่

.....

.....

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม
โครงการ อบรมในทฤษฎีและปฏิบัติการ ๑๐๐ ชั่วโมง กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
วันที่ ๑๐ มิ.ย ๖๕

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ

1. เพศ ☒ หญิง ☐ ชาย

2. อายุ ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 20-30 ปี ☐ 31-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☒ 51 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับประถม ☒ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
☐ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ระดับปริญญาตรี ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	☒				
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	☒				
3. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	☒				
4. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	☒				
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / เอกประกอบการอบรม					
1. สถานที่มีความเหมาะสม	☒				
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	☒				
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	☒				
4. เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสม	☒				
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้การอบรม	☒				
ด้านการนำความรู้ไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	☒				
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	☒				
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	☒				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ข้อเสนอแนะในการอบรมครั้งนี้ ได้แก่

.....

.....