



การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานและประวัติ  
 การจ้างงาน

ชื่อ	หมายเลขใบคำร้อง
------	-----------------

ประวัติการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน

คุณยื่นคำร้องสำหรับอาการเจ็บป่วยใด	คุณมีอาการอย่างไร	คุณสังเกตเห็นอาการเหล่านี้ ครั้งแรกเมื่อไหร่	เดือน / ปี
แพทย์ได้แจ้งคุณครั้งแรกเมื่อไหร่ว่าอาการป่วยของคุณ เกิดจากการทำงาน	คุณเคยไปปรึกษาแพทย์ท่านอื่นเกี่ยวกับอาการป่วยเหล่านี้ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	
	คุณเคยเข้ารับการตรวจทางการแพทย์สำหรับอาการเหล่านี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	
ชื่อของแพทย์ที่แจ้งให้คุณทราบว่าการเจ็บป่วยของคุณเกี่ยวข้องกับงานของคุณ: )เขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์(			
ที่อยู่	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์+4
กรุณากรอกแบบฟอร์มการอนุญาตให้ใช้เวชระเบียนที่แนบมาเพื่อที่เราจะสามารถขอรับเวชระเบียนได้ มีแบบฟอร์มการอนุญาตให้ใช้เวชระเบียนที่ ครบถ้วนแนบมาด้วยใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		หากแบบฟอร์มการอนุญาตฯ ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ คำร้อง เรียกค่าชดเชยของคุณจะล่าช้า หรือถูกปฏิเสธได้	
ประเภทของงานที่คุณทำอยู่ ซึ่งคุณเชื่อว่าทำให้คุณมีอาการเจ็บป่วย:		วันที่เริ่มงาน ณ งานแรกที่คุณคิดว่าเป็น สาเหตุทำให้คุณมีอาการเจ็บป่วย	เดือน / ปี
กิจกรรมใดในงานของคุณที่คุณเชื่อว่าทำให้คุณมีอาการเจ็บป่วย (กรุณาทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)			
<input type="checkbox"/> การจับ หรือการบีบ <input type="checkbox"/> การดึง <input type="checkbox"/> การคุกเข่า <input type="checkbox"/> เครื่องมือที่ใช้ _____ <input type="checkbox"/> งานที่ต้องใช้แรง <input type="checkbox"/> การผลัก <input type="checkbox"/> การเอื้อมที่สูง <input type="checkbox"/> การบิดตัวด้วย... _____ <input type="checkbox"/> งานที่ต้องทำซ้ำๆ (รายละเอียด) _____ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (รายละเอียด) _____			

ประวัติการจ้างงาน

กรุณาเริ่มต้นด้วยงานที่ทำล่าสุดไปจนถึงงานที่ทำครั้งแรกสุด รวมถึงการจ้างงานในปัจจุบันและที่ผ่านมา  
 โดยใช้การประมาณวันที่เริ่มทำงาน คุณต้องทำรายการการหยุดพักงานลงในประวัติการทำงานของคุณด้วย

ชื่อธุรกิจของนายจ้าง	ตำแหน่งงานของคุณ	วันที่ทำการ ว่าจ้าง:	จาก (เดือน/ปี)	ถึง (เดือน/ปี)
ที่อยู่ของนายจ้าง	เบอร์โทรศัพท์ของนายจ้าง			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ +4	จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่คุณได้ทำกิจกรรมการงานใดๆ ที่ คุณเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณเกิดการเจ็บป่วย	
ชั่วโมง				
อธิบายรายละเอียดหน้าที่งาน, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ หรือกิจกรรมใดๆ ในงานที่ทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ ขอให้ระบุจำนวนเวลาต่อวันโดยประมาณที่ใช้ไปในการทำงานแต่ละ กิจกรรม				
ให้ระบุการหยุดพักงาน หรือการขาดช่วงการทำงานใดๆ ในประวัติการทำงานของคุณในระหว่างที่ทำงานนี้ หรือระหว่างงานนี้ จาก (เดือน/ปี) ถึง (เดือน/ปี) และงานถัดไป เหตุผลสำหรับการหยุดพักงาน:				

ชื่อธุรกิจของนายจ้าง	ตำแหน่งงานของคุณ	วันที่จ้าง งาน:	จาก (เดือน/ปี)	ถึง (เดือน/ปี)
ที่อยู่ของนายจ้าง	หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ +4	จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่คุณได้ทำกิจกรรมการงานใดๆ ที่ คุณเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณเกิดการเจ็บป่วย	
ชั่วโมง				
อธิบายรายละเอียดของงานที่ทำ, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ หรือกิจกรรมใดๆ ในงานที่ทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ ขอให้ระบุจำนวนเวลาต่อวันโดยประมาณที่ใช้ไปในการทำงานแต่ละ กิจกรรม				
ให้ระบุการหยุดพักงาน หรือการขาดช่วงการทำงานใดๆ ในประวัติการทำงานของคุณในระหว่างที่ทำงานนี้ หรือระหว่างงานนี้ จาก (เดือน/ปี) ถึง (เดือน/ปี) และงานถัดไป เหตุผลสำหรับการหยุดพักงาน:				

# การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน และประวัติการจ้างงาน (ต่อ)

หน้า จาก	ชื่อ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)	หมายเลขคำร้อง
----------	---------------------------	---------------

นี่คือแผ่นที่ต่อจากแผ่นที่ 1 คุณต้องกรอกแบบฟอร์มหน้าแรกให้ครบถ้วนก่อน หากต้องการพื้นที่กรอกเพิ่มเติม คุณสามารถทำสำเนาแบบฟอร์มนี้ได้

## กรณารอกข้อมูลงานที่ทำล่าสุดย้อนกลับไปยังงานที่ทำครั้งแรกสุด

ชื่อธุรกิจของนายจ้าง	ตำแหน่งงานของคุณ	วันที่จ้างงาน:	จาก (เดือน/ปี)	ถึง (เดือน/ปี)
ที่อยู่ของนายจ้าง	หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ +4	จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่คุณได้ทำกิจกรรมการงานใดๆ ที่คุณเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณเกิดการเจ็บป่วย	
อธิบายรายละเอียดของงานที่ทำ, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ หรือกิจกรรมใดๆ ในงานที่ทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ ขอให้ระบุจำนวนเวลาต่อวันโดยประมาณที่ใช้ไปในการทำงานแต่ละกิจกรรม				
ให้ระบุการหยุดพักงาน หรือการขาดช่วงการทำงานใดๆ ในประวัติการทำงานของคุณในระหว่างที่ทำงานนี้ หรือระหว่างงานนี้ จาก (เดือน/ปี) ถึง (เดือน/ปี) และงานถัดไป เหตุผลสำหรับการหยุดพักงาน:				

ชื่อธุรกิจของนายจ้าง	ตำแหน่งงานของคุณ	วันที่จ้างงาน:	จาก (เดือน/ปี)	ถึง (เดือน/ปี)
ที่อยู่ของนายจ้าง	หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ +4	จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่คุณได้ทำกิจกรรมการงานใดๆ ที่คุณเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณเกิดการเจ็บป่วย	
อธิบายรายละเอียดของงานที่ทำ, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ หรือกิจกรรมใดๆ ในงานที่ทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ ขอให้ระบุจำนวนเวลาต่อวันโดยประมาณที่ใช้ไปในการทำงานแต่ละกิจกรรม				
ให้ระบุการหยุดพักงาน หรือการขาดช่วงการทำงานใดๆ ในประวัติการทำงานของคุณในระหว่างที่ทำงานนี้ หรือระหว่างงานนี้ จาก (เดือน/ปี) ถึง (เดือน/ปี) และงานถัดไป เหตุผลสำหรับการหยุดพักงาน:				

ชื่อธุรกิจของนายจ้าง	ตำแหน่งงานของคุณ	วันที่จ้างงาน:	จาก (เดือน/ปี)	ถึง (เดือน/ปี)
ที่อยู่ของนายจ้าง	เบอร์โทรศัพท์ของนายจ้าง			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ +4	จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่คุณได้ทำกิจกรรมการงานใดๆ ที่คุณเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณเกิดการเจ็บป่วย	
อธิบายรายละเอียดของงานที่ทำ, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือหรือกิจกรรมใดๆ ในงานที่ทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ. คุณใช้เวลาประมาณเท่าใดต่อสัปดาห์ในการทำแต่ละกิจกรรม				
ให้ระบุการหยุดพักงาน หรือการขาดช่วงการทำงานใดๆ ในประวัติการทำงานของคุณในระหว่างที่ทำงานนี้ หรือระหว่างงานนี้ จาก (เดือน/ปี) ถึง (เดือน/ปี) และงานถัดไป เหตุผลสำหรับการหยุดพักงาน:				

ชื่อธุรกิจของนายจ้าง	ตำแหน่งงานของคุณ	วันที่จ้างงาน:	จาก (เดือน/ปี)	ถึง (เดือน/ปี)
ที่อยู่ของนายจ้าง	เบอร์โทรศัพท์ของนายจ้าง			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ +4	จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่คุณได้ทำกิจกรรมการงานใดๆ ที่คุณเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณเกิดการเจ็บป่วย	
อธิบายรายละเอียดของงานที่ทำ, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ หรือกิจกรรมใดๆ ในงานที่ทำซ้ำๆ อยู่เป็นประจำ ขอให้ระบุจำนวนเวลาต่อวันโดยประมาณที่ใช้ไปในการทำงานแต่ละกิจกรรม				
ให้ระบุการหยุดพักงาน หรือการขาดช่วงการทำงานใดๆ ในประวัติการทำงานของคุณในระหว่างที่ทำงานนี้ หรือระหว่างงานนี้ จาก (เดือน/ปี) ถึง (เดือน/ปี) และงานถัดไป เหตุผลสำหรับการหยุดพักงาน:				

Dept of Labor and Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ	
วันที่:	ลงชื่อ: