



PTTEP Medical Questionnaire Report

Please answer the health questions. If you are not sure, please ask your occupational medicine what it means. Your health advisor may ask you additional questions during the examination.

กรุณาดำเนินการตามสุขภาพ หากไม่แน่ใจ กรุณาสอบถามแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ของคุณอาจจะมีการถามคำถามเพิ่มเติมระหว่างการตรวจร่างกาย

PART 1: PERSONAL DETAILS (ประวัติส่วนตัว)

Name: ชื่อ-สกุล	MAHBUB ALAM AKAND								
Date of Birth: (D/M/Y) วันเดือนปีเกิด	01-01-1989	Sex เพศ ☒ Male ชาย	☐ Female หญิง	Age: อายุ	34				
Address: ที่อยู่	Dhanbari tangail.								
Telephone No: หมายเลขโทรศัพท์		Mobile No: โทรศัพท์มือถือ	+8801717133739						
Nationality: สัญชาติ	Bangladeshi	ID No./ Passport No: หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง	A03265372						
Marital Status: สถานภาพการสมรส									
☐ Single โสด						☒ Married สมรส	☐ Widower/Widow พ่ายหรือหม้าย	☐ Divorced หย่า	☐ Separated แยกกันอยู่
Job Title: ตำแหน่งงาน	chief store keeper.								
Job Type: ลักษณะงาน	☐ Office สำนักงาน	☐ Onshore แหล่งผลิตบนฝั่ง	☒ Offshore แหล่งผลิตนอกชายฝั่ง						
Company: บริษัท		Office Telephone No: หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน							
PTTEP Work Location: สถานที่ปฏิบัติงานกับ ปตท.สผ.	☐ ART โครงการอาทิตย์	☐ GBN โครงการบงกชเหนือ	☐ GBS โครงการบงกชใต้						
	☒ BARGE เรือ	☐ RIG รอก	☐ OTHER อื่นๆ โปรดระบุ						

04.2023.4081



**PART 2 : PAST WORKING HISTORY (ประวัติการทำงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน)**

Details รายละเอียด	From Past – Present จากอดีต - ปัจจุบัน			
	1 st Company สถานประกอบการที่ 1	2 nd Company สถานประกอบการที่ 2	3 rd Company สถานประกอบการที่ 3	4 th Company สถานประกอบการที่ 4
Company Name: ชื่อสถานประกอบการ	NIPPON Steel Engineering			
Industry Type: ประเภทกิจการ	Oil and Gas Project Construction			
Work Type: ลักษณะงานที่ทำ	Offshore			
Period of service: (D/M/Y till D/M/Y) ระยะเวลาที่ทำ (จ/ด/ป - จ/ด/ป)	03 - Feb - 2014 to Now			
Occupational Health Hazard exposure, please provide detail: โปรดระบุปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ				
Type of personal protective equipment (PPE) which you have ever used: โปรดระบุชนิดของอุปกรณ์ ป้องกันอันตราย (PPE) ที่เคยใช้				



PART 3 : PERSONAL MEDICAL ILLNESS/INJURY HISTORY (ประวัติการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยส่วนตัว)

Have you ever had any illness, operation or been in hospital of any diseases mentioned below? Or do you currently have any of the medical problems mentioned below?

ท่านเคยเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือเคยเข้ารับการผ่าตัด หรือกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคดังตารางข้างล่างนี้หรือไม่

DISEASES/SYMPTOMS โรค/อาการ	YES ใช่	NO ไม่ใช่	PROVIDE DETAILS โปรดระบุ รายละเอียด	DISEASES/SYMPTOMS โรค/อาการ	YES ใช่	NO ไม่ใช่	PROVIDE DETAILS โปรดระบุ รายละเอียด
1. Pulmonary Tuberculosis โรควัณโรคปอด	☐	☒		15. Gallstone นิ่วในถุงน้ำดี	☐	☒	
2. Any sexual transmitted diseases โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	☐	☒		16. Back pain/ joint pain/ muscle pain โรคปวดหลัง/ ปวดข้อต่อ/ ปวด กล้ามเนื้อ	☐	☒	
3. Cancer โรคมะเร็ง	☐	☒		17. Epilepsy/ Seizures โรคลมชัก/ ลมบ้าหมู	☐	☒	
4. Any Haematological disease โรคเลือดชนิดต่าง ๆ	☐	☒		18. Headache / Migraine ปวดศีรษะ/ โรคไมเกรน	☐	☒	
5. High blood pressure โรคความดันโลหิตสูง	☐	☒		19. Any endocrine disorders โรคทางระบบต่อมไร้ท่อชนิดต่างๆ	☐	☒	
6. Any Heart diseases โรคหัวใจชนิดต่าง ๆ	☐	☒		20. Urinary tract stone โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	☐	☒	
7. Any peripheral circulation diseases/ Varicose veins โรคระบบหมุนเวียนโลหิตส่วน ปลาย	☐	☒		21. Peptic ulceration / gastritis/ Esophagitis/ GERD/ Colitis/ IBS โรคแผลในกระเพาะอาหาร/ หลอด อาหารอักเสบ/ กรดไหลย้อน/ ลำไส้อักเสบ / ลำไส้แปรปรวน	☐	☒	
8. Any Cerebrovascular diseases โรคหลอดเลือดสมองชนิดต่าง ๆ	☐	☒		22. Prostatitis/ BPH โรคต่อมลูกหมากอักเสบ/ โรค ต่อมลูกหมากโต	☐	☒	
9. Pneumothorax เคยมีลมรั่วในปอด	☐	☒		23. Any mental disorders โรคทางจิตประสาทชนิดต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล, ภาวะ ซึมเศร้า	☐	☒	
10. COPD/ Asthma โรคถุงลมโป่งพอง/ หอบหืด	☐	☒		24. Renal impairment/ failure มีภาวะการทำงานของไตเสื่อม, โรคไตวาย	☐	☒	
11. Vertigo / Meniere's disease โรคเวียนศีรษะ/ น้ำในหูไม่ เท่ากัน	☐	☒		25. Hemorrhoids/ anal abscess and fistulae ริดสีดวงทวาร/ ฝีคัณฑสูตร	☐	☒	
12. Hernia โรคไส้เลื่อน	☐	☒		26. Allergies โรคภูมิแพ้	☐	☒	
13. Diabetes โรคเบาหวาน	☐	☒		27. Any skin disease โรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ	☐	☒	
14. Liver disease โรคตับ	☐	☒		28. Psoriasis โรคสะเก็ดเงิน	☐	☒	



PART 4 : GENERAL MEDICAL QUESTIONNAIRES (แบบสอบถามด้านการแพทย์ทั่วไป)

GENERAL MEDICAL QUESTIONNAIRES (แบบสอบถามด้านการแพทย์ทั่วไป)		YES ใช่	NO ไม่ใช่	PROVIDE DETAILS โปรดระบุรายละเอียด
1	Do you smoke? If yes, please provide number of cigarettes per day คุณสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่, กรุณาระบุจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	☐	☒	
2	Do you drink alcohol? If yes, please provide number of units per week. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หากดื่ม กรุณาระบุปริมาณที่ดื่มต่อสัปดาห์	☐	☒	
3	Do you use illicit drugs? คุณมีการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายหรือไม่?	☐	☒	
4	Have you ever been treated for alcohol or substance abuse? คุณเคยได้รับการรักษา/ ป่ามิดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดหรือไม่?	☐	☒	
5	Have you any allergies to food, medication, or to environment allergens? คุณมีประวัติแพ้อาหาร ยา หรือมีการแพ้สารจากสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสหรือไม่?	☐	☒	
6	Have you ever received vaccinations? (Names mentioned below) Please provide date of last vaccination/ immunity. ท่านเคยรับวัคซีนเหล่านี้หรือไม่? หากเคยได้รับ กรุณาระบุวันที่ได้รับวัคซีนครั้งสุดท้าย	☐	☒	
	• Typhoid (ไทฟอยด์)	☐	☒	
	• Influenza (ไขหวัดใหญ่)	☐	☒	
	• Tetanus (บาดทะยัก)	☐	☒	
	• Yellow Fever (ไข้เหลือง)	☐	☒	
	• Hepatitis A (ตับอักเสบเอ)	☐	☒	
	• Hepatitis B (ตับอักเสบบี)	☐	☒	
	• Varicella (สุกใส)	☐	☒	
7	Are you taking non-prescription or prescription medications? Please list the dosage. ท่านกำลังรับประทานยาใดเป็นประจำหรือไม่? โปรดระบุ	☐	☒	
8	Have you ever been rejected from employment on medical grounds? คุณเคยออกจากงาน โดยมีเหตุจากปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่?	☐	☒	
9	Have you ever developed any medical condition in connection with your occupation? If so, please give details: e.g. hearing loss/ skin condition/ wheeze/ backache/ muscle strain/ blood disease คุณเคยได้รับการรักษาทางการแพทย์ โดย เหตุเกิดจากการทำงานหรือไม่? ถ้าเคย กรุณาระบุ รายละเอียด เช่น การสูญเสียการได้ยิน/ โรคผิวหนัง/ การหายใจติดขัด/ปวดหลัง/โรคกล้ามเนื้อ/โรคเกี่ยวกับโลหิต	☐	☒	
10	For female, Do you have any Gynae problems? i.e. abnormal smears, painful period, pregnancy problems, and Brest lumps? สำหรับผู้หญิง ท่านมีปัญหาทางสูติรีเวชหรือไม่?	☐	☒	
11	For female, Are you in reproductive age? If yes, please provide the FIRST DAY of last menstruation period. สำหรับผู้หญิง ท่านยังอยู่ในวัยที่มีประจำเดือนอยู่หรือไม่? หากมี โปรดระบุวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งล่าสุด	☐	☒	



PART 5 : FAMILY MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว)

FAMILY MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว)		YES ใช่	NO ไม่ใช่	PROVIDE DETAILS โปรดระบุนรายละเอียด
1	Has your father had any underlying diseases? e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease บิดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	☐	☒	
2	Has your mother had any underlying diseases? e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease มารดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	☐	☒	
3	Have your siblings had any underlying diseases? e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease พี่น้องของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	☐	☒	

PART 6 : SICKNESS ABSENCE (ประวัติการขาดงานจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย)

Please list how many days you have been absent from work due to sickness from both injury and illness. For each absence please also indicate the dates and the reason.

หากท่านมีประวัติการขาดงาน กรุณาระบุจำนวนวัน วันที่ขาดงาน และรายละเอียดของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ขาดงานนั้น

NUMBER OF DAYS ABSENCE จำนวนวันที่ขาดงาน	DATES OF ABSENCE (DD/MM/YY) วันที่ขาดงาน (ป/ด/ว)	PLEASE PROVIDE THE DETAIL OF ILLNESS/INJURY กรณาระบุนรายละเอียดของการบาดเจ็บเจ็บป่วย/

I acknowledge that medical information stated in this form is true and correct. Failure to disclose any pre-existing medical conditions or any false information provided will be grounded for immediate dismissal of PTTEP Fit to Work or denial work permission. This includes an exclusion of any illness/ injury claims and other benefits to which I might otherwise be entitled. The details of my medical examination may be released to my own doctor and also the results may be communicated to the personnel department of the company/ PTTEP for whom this examination is carried out only for the purpose of fitness to work assessment and providing of medical service.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง ข้าพเจ้าทราบดีว่า การให้ข้อมูลอันเป็นเท็จใดๆ อีกทั้งการไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวใดๆ ก่อนหน้านี้ของข้าพเจ้า จะมีผลให้การประเมินความพร้อมด้านสุขภาพถูกยกเลิกทันที ตลอดจนจนไม่ได้รับการอนุมัติในการเดินทางไปปฏิบัติงานยังพื้นที่ปฏิบัติงานของ ปตท.สผ. และ ยังส่งผลถึงการไม่สามารถเรียกร้อง หรือร้องขอผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงจะได้รับจากทางบริษัทต้นสังกัด หรือ ปตท.สผ.

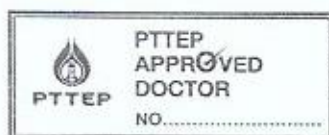
ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลและรายละเอียดทางสุขภาพนี้ แก่แพทย์ประจำตัว/ แพทย์เจ้าของไข้ของข้าพเจ้า หรือ มอบให้แก่บริษัทต้นสังกัด หรือ ปตท.สผ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินความพร้อมด้านสุขภาพ และการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์เท่านั้น

SIGNATURE OF EXAMINEE:

Makub Alam

DATE:

27 MAY 2023





DENTAL EXAMINATION REPORT FOR PTTEP OFFSHORE FITNESS VERIFICATION

วันที่ (Date) 27-05-2023

ข้าพเจ้า (I) DR. M.A. KHALEQUE RAJU ทันตแพทย์ประจำคลินิก/โรงพยาบาล (Dentist at the clinic/hospital) RADICAL HOSPITAL LIMITED Uttara, Dhaka, Bangladesh เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพทันตกรรม (Dentistry License no.) 6980

ขอรับรองว่า นาย, นาง, นางสาว (certified that Mr., Mrs., Ms.) MOHAMMAD AMINUL ISLAM อายุ (age) 347

ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพในช่องปาก (received dental examination on) เมื่อวันที่ (date) 27 เดือน (month) 04 พ.ศ. (year) 23

โดยผลการตรวจทางทันตกรรมมีดังนี้ (Dental examination results are as follows:)

1. พบปัญหาโรคเหงือกอักเสบรุนแรง/โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง (Diagnosed with severe periodontitis) ☐ yes ☒ no

2. พบฟันผุลึก/ ฟันผุถึงโพรงประสาทฟัน (Diagnosed with deep dental caries/ caries with tooth pulp exposed) ☐ yes ☒ no

ระบุรายละเอียด (Provide details) _____

3. พบรากฟันค้างในเหงือก (Retained root pulp was observed) ☐ yes ☒ no

ระบุรายละเอียด (Provide details) _____

4. พบวัสดุอุดฟันแตกหัก (Broken fillings were observed) ☐ yes ☒ no

ระบุรายละเอียด (Provide details) _____

5. พบฟันโยก/ฟันคลอน (Loose teeth were observed) ☐ yes ☒ no

ระบุรายละเอียด (Provide details) _____

6. พบฝีปริทันต์ (Acute periodontal abscess was observed) ☐ yes ☒ no

ระบุรายละเอียด (Provide details) _____

7. พบปัญหาทางทันตกรรมเร่งด่วนอื่น ๆ หรือต้องการรักษากายใน 2-3 เดือน (Any other urgent dental problems that require complete treatments within a couple of months) ☐ yes ☒ no

ระบุรายละเอียด (Provide details) _____

โดยทันตแพทย์มีความเห็นโดยสรุปว่า Conclusion of Dental Examination:

1. ☒ สุขภาพช่องปากและฟันดี (Normal dental examination and hygiene)

() มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก ไม่เร่งด่วน คือ _____ ควรรักษาให้เสร็จภายใน _____ เดือน
(Diagnosed with non-urgent dental problems which is/are _____)

Recommend to receive dental treatment within _____ months)

() มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก เร่งด่วนข้างต้น ควรรักษาให้เสร็จสิ้นก่อนการไปปฏิบัติงานที่สถานปฏิบัติการนอกชายฝั่ง
(Diagnosed with urgent dental problems as mentioned above and recommend to receive dental treatments prior starting offshore work)

ลงชื่อ (Sign) _____

ทันตแพทย์ผู้ตรวจ (Dentist)



Medical Examination Report

Name : **MAHBUB ALAM AKAND**

Date of Verification: **27 MAY 2023**

D.O.B: **01-01-1989**

* Age: **34**

Job Title: **Chief Store Keeper**

Gender: **(M)**

Company: **NIPPON STEEL ENGINEERING CO., LTD**

Height: **167** cm Weight: **50** kg BMI: **18.3** Pulse: **78** /min Blood Pressure: **110/70** mmHg

PHYSICAL EXAMINATION

Exam	Normal	Abnormal	Comment
Eyes / Pupils	☒	☐	
Ears, Nose and Throat	☒	☐	
Dental Condition	☒	☐	refer to Dental Report
Neck & Thyroid	☒	☐	
Breasts	☒	☐	
Lung / Chest	☒	☐	
Heart	☒	☐	
Abdomen	☒	☐	
Hernia Orifices	☒	☐	
Genitalia	☒	☐	
Rectal / Prostate Exam	☒	☐	
Pelvic exam	☒	☐	
Lymph Nodes	☒	☐	
Skin	☒	☐	
Musculoskeletal	☒	☐	
Cardiovascular	☒	☐	
Neurological	☒	☐	
Varicose Veins	☒	☐	

AUDIOMETRIC TEST

Decibel loss at frequency (Hz)

Right ☒ Normal ☐ Abnormal
Left ☒ Normal ☐ Abnormal

CHEST X-RAY ☒ Normal ☐ Abnormal

Describe Abnormalities :

* Additional Test for AGE >35 years old

EKG ☒ Normal ☐ Abnormal

Rate: **78** Rhythm: **Regular** Axis:
P-R Interval: QPS: T Wave:
Diagnosis :

EST ☒ Normal ☐ Abnormal

Describe Abnormalities :

ULTRASOUND ☒ Normal ☐ Abnormal

Describe Abnormalities :

* Additional Test for SPECIFIC TASKS

STOOL EXAMINATION

* required for Catering and Food Preparation

WBC: Oval/Parasites:
RBC: Occult Blood:

SPIROMETRY* (Pulmonary Function)

* required for Breathing Apparatus Work / Confined Space Work

FEV₁: FEV₁/FVC:
FVC:

OPTIONAL TEST when Special Request

* required only when request

HBV PROFILE

HBsAg: **Negative** HBcAb:
HBsAb (numeric value) :

STD SCREENING

HIV: **Negative** VDRL: **Non Reactive**

EYES EXAMINATION

Vision-Distance R **6/6** L **6/6** Both
Vision-Near R **N5** L **N5** Both
Color Blindness ☒ Normal ☐ Abnormal
Visual Field ☒ Normal ☐ Abnormal
Depth Perception ☒ Normal ☐ Abnormal

BLOOD EXAMINATION

Blood Group: **AB** Rh: **+ve** Hb: **12.6** Hct: **33.3**
Rbc morphology:
WBC: **75** PMN: **75** LYMPH: **20** MONO: **03**
EOS: **02** BASO: **00** BAND:
Platelets: **159000 /cumm.**

Result

Sugar: **4.6** mg/dl BUN: **17** mg/dl
Total Cholesterol: **125** mg/dl Creatinine: **0.71** mg/dl
Triglyceride: **138** mg/dl Uric Acid: **4.9** mg/dl
HDL Cholesterol: **41** mg/dl Alk. Phosphatase: U/L
LDL Cholesterol: **90** mg/dl SGOT: **16** U/L
SGPT: **21** U/L

URINE EXAMINATION

Color: **3m** Appearance:
Sp. Gr.: Ph:
Albumin: **Nil** Sugar: **Nil**
Microscopic:
WBC: **Nil** /HPF RBC: **Nil** /HPF
Epithelial Cell: **Nil** /HPF

SUMMARY AND RECOMMENDATIONS:

Name of Physician:

Address:

DR. MIR. MD. RAIHAN
MBBS (DU), DFM, CCD (Birdem), PGT (Ophth)
BMDA-55144, MMC-BGD-016
DG Shipp, ng Bangladesh Approved
General Physician
Radical Hospitals Limited.



Signature:

Date: **27 MAY 2023**

Medical Examination Report

Name : **MAHBUB ALAM AKAND**
 D.O.B: **01-01-1989**
 * Age: **34**
 Gender: **(M)**

Date of Verification: **27 MAY 2023**

^ Job Title: **chief Storekeeper.**
 Company: **NIPPON STEEL ENGINEERING CO., LTD**

Part I (to be filled out by Clinic Doctor)

This individual has been examined on (date) _____ in accordance with PTTEP FTW Guidelines, and in my opinion:

- ☒ A Fit, no restrictions recommended.
- ☐ B Fit for specific task:
- ☐ Breathing Apparatus Work (confined space)
 - ☐ Crane Operator
 - ☐ Professional Driver
 - ☐ Fire fighter and Rescue Team
 - ☐ Food and Catering
- ☐ C Fit, with restrictions recommended (see comments)
- ☐ D Unfit at the time, to be reviewed on (date) _____
- ☐ E Unfit

Comments:

FIT FOR DUTY ON BOARD SHIP

Doctor Signature: _____

Name: _____

Date: **27 MAY 2023**

Part II (to be filled out by PTTEP Physician)

I have reviewed the examined physician opinion and attached test results, and in my opinion, the individual is:

DR. MIR. MD. RAIHAN
 MBBS (DU), DFM, CCD (Birdem), PGT (Ophth)
 BMDC A-55144, MMC-BGD-016
 DG Shipping Bangladesh Approved
 General Physician
 Radical Hospitals Limited.

1. Offshore Fitness Verification

Status	Comments
☒ Fit to Work	
☐ Fit with Restriction	
☐ Unfit due to	

2. Valid until (DD/MM/YY):

3. Specific Task/Position

Status	Comments
☒ Fit to Work	☐ Professional Driver / Crane Operator ☐ Food and Catering ☐ Fire Fighter and Rescue Team ☐ Other, please specify
☐ Unfit due to	



PAD Signature: _____

Name: **DR. MIR. MD. RAIHAN**

MBBS (DU), DFM, CCD (Birdem), PGT (Ophth)

BMDC A-55144, MMC-BGD-016

DG Shipping Bangladesh Approved

General Physician

Radical Hospitals Limited.

27 MAY 2023



PTTEP Medical Examination Check List Forms

บริษัท (Company Name) _____

ชื่อ - สกุล (Name-Surname) _____

- โปรดนำใบรายการตรวจสุขภาพนี้แสดงต่อ โรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจาก PTTEP แล้วว่าสามารถ
เข้ารับบริการการตรวจสุขภาพเพื่อการปฏิบัติงานนอกชายฝั่งได้

Please present this form to the PTTEP Approved hospital

- กรุณากรอกแบบสอบถามทางสุขภาพของ PTTEP ให้ครบถ้วนก่อนการตรวจสุขภาพ

Please complete PTTEP medical questionnaire prior perform checkup.

- กรุณางดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการเจาะเลือด

Please do fasting at least 8 hours prior to blood collection

Medical Checkup lists for offshore site workers below 35 years of age รายการตรวจสุขภาพ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในฐานปฏิบัติงานนอกชายฝั่ง อายุต่ำกว่า 35 ปี	
ลำดับที่(Item)	รายการตรวจ (Medical Checkup lists)
1	ตรวจร่างกายอย่างละเอียดโดยแพทย์ (FULL PHYSICAL EXAMINATION) - ตรวจวัดความดันโลหิตและการเต้นของชีพจร (BLOOD PRESSURE and HEART RATE) - ตรวจดัชนีมวลร่างกาย (BODY MASS INDEX : BMI)
2	ตรวจวัดสายตาทั่วไป การมองเห็นและตาบอดสี (GENERAL EYE EXAMINATION : Visual Acuity , Tonometry, colour blindness)
3	ตรวจสุขภาพฟันโดยทันตแพทย์ (DENTAL EXAMINATION BY DENTIST)
4	เอกซเรย์ทรวงอกเพื่อดูสภาพปอดและหัวใจ (CHEST X-RAY)
5	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC with PLATELET COUNT)
6	ตรวจระดับไขมันในเลือด (CHOLESTEROL,TRIGLYCERIDE, HDL, LDL)
7	ตรวจหากรดยูริกในเลือด (URIC ACID)
8	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)
9	ตรวจการทำงานของตับ (SGOT,SGPT, ALKALINE PHOSPHATASE)
10	ตรวจการทำงานของไต (BUN, CREATININE)
11	ตรวจหมู่เลือด (BLOOD GROUP and Rh TYPE)
12	ตรวจปัสสาวะ (URINE EXAMINATION)
13	ตรวจการได้ยิน (AUDIOGRAPGY)

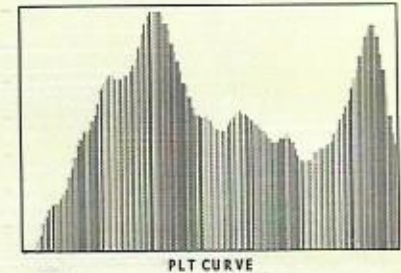
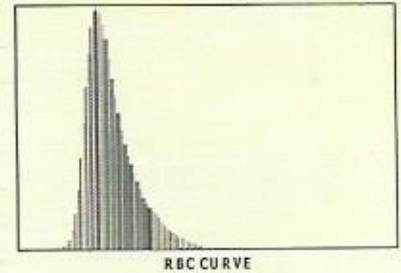
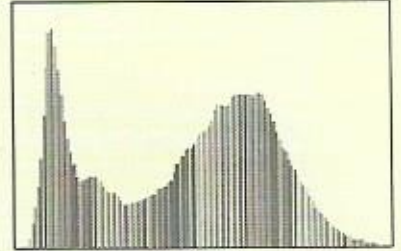


Id No : 0837 **Date** : 27-May-2023 **D.Date** : 27-May-2023
Patient's Name : MAHBUB ALAM AKAND **Age** : 34Y 4M 26D **Gender** : Male
Specimen : Blood
Doctor Name : Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM **CDC NO**:PA0380138

Haematology Report

(Relevant estimations were carried out by Mythic-One Auto Haematology Analyzer & checked manually)

Parameter Name	Results	Reference Range
Hemoglobin (Hb)	12.6 gm/dl	M:13-18 gm/dl. F:11.5-16.5 gm/dl. Child:10-13 gm/dl. Infant: (One year):8-10 gm/dl. Male:0-10, F:0-20 mm/1st hr.
ESR(Westergreen)	08 mm/1st hr	Adult: 4000 - 11000/cumm. Children: 5,000-15,000/cumm Infant(One Year): 6,000-18,000/cumm
Total WBC Count(TC)	14,300 /cumm	
Differential WBC Count (DC)		
Neutrophils	75 %	Child: 25-66 %, Adult: 40-75 %
Lymphocytes	20 %	Child: 52-62 %, Adult: 20-50 %
Monocytes	03 %	Child: 03-07 %, Adult: 02-10 %
Eosinophils	02 %	Child: 01-03 %, Adult: 01-06 %
Basophils	00 %	Adult: 00-01 %
Total Cir. Eosinophils	286 /cumm	50-450/cumm
Total RBC Count	5.72 m/ul	M: 4.5-6.5, F:3.8-5.8 m/ul
HCT/PCV	33.3 %	M: 40-54%, F:37-47%
MCV	58.2 fL	76 - 94 fL
MCH	22.0 pg	27 - 32 pg
MCHC	37.8 g/dL	29 - 34 g/dL
RDW	16.2 %	11 - 16 %
PDW	19.4 fL	35 - 56 fL
Total Platelete Count (PC)	1,59,000 /cumm	150,000-450,000/cumm
MPV	11.2 fL	7.0 - 11.0 fL
PCT	0.066 %	0.1 - 0.2 %
Bledding Time(BT)	%	10 - 18 %
Cloting Time(CT)	%	0.1 - 0.2 %



Checked By
Medical Technologist

Dr. Sumaiya Khatun
MBBS,MD(Gold Medalist) (BSMMU)
Associate Professor
Dept. Of Microbiology
East West Medical College & Hospital.

Bill No	DIA23050837	Received Date	27/05/2023
Patient's Name	MAHBUB ALAM AKAND		
Patient's Age	34Y 4M 26D	Patient's Sex	Male
Ref. by	Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM	CDC NO	PA0380138
Sample	BLOOD		

BIOCHEMISTRY REPORT

Test Name	Result	Reference Range
Fasting Blood Sugar (FBS)	4.6 mmol/l	4.2 – 6.4 mmol/l
HbA1C	4.4 %	4.0- 6.0 %
Serum (BUN)	17 mg/dl	7-23 mg/dl
Urice Acid	4.9 mg/dl	3.8 - 8.0 mg/dl
Serum Creatinine	0.71 mg/dl	0.3 - 1.3 mg/dl

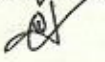
Liver Function Test

Serum Bilirubin (Total)	0.6 mg/dl	0.2 - 1.1 mg/dl
Serum ALT (SGPT)	21 U/L	Up to 40 U/L
Serum AST (SGOT)	16 U/L	Up to 37 U/L
Serum Alkaline Phosphatase	143 U/L	98 - 279 U/L

Lipid profile

Serum Cholesterol	125mg/dl	up to 200 mg/dl
Serum HDL- Cholesterol	41 mg/dl	>35 mg/dl
Serum Triglyceride	138 mg/dl	upto 220 mg/dl
Serum LDL- Cholesterol	90 mg/dl	<130 mg/dl

Checked By


Medical Technologis
Radical Hospitals Ltd.


Dr. Sumaiya Khatun
M BBS, MD (Microbiology)
Associate Professor
Dept. of Microbiology
East West Medical College and Hospital

Bill No	DIA23050837	Received Date	27/05/2023
Patient's Name	MAHBUB ALAM AKAND		
Patient's Age	34Y 4M 26D	Patient's Sex	Male
Ref. by	Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM	CDC NO	PA0380138
Sample	BLOOD		

SEROLOGICAL REPORT

BLOOD GROUPING Result	
ABO Blood Group	"AB" (+ve)
Rh(D)Factor	Positive

Checked By

Medical Technologis
Radical Hospitals Ltd.

Dr. Sumaiya Khatun
MBBS, MD (Microbiology)
Associate Professor
Dept. of Microbiology

East West Medical College and Hospital

Bill No	DIA23050837	Received Date	27/05/2023
Patient's Name	MAHBUB ALAM AKAND		
Patient's Age	34Y 4M 26D	Patient's Sex	Male
Ref. by	Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM	CDC NO	PA0380138
Sample	URINE		

URINE ROUTINE EXAMINATION

PHYSICAL EXAMINATIONMICROSCOPIC EXAMINATION

Quantity	Sufficient	CELLS / HPF	
Color	Straw	R B C	Nil
Appearance	Clear	Pus Cells	1-2/HPF
Sediment	Nil	Epithelial	2-3/HPF

CHEMICAL EXAMINATIONCASTS / LPF

Reaction	Acidic	R B C	Nil
Albumin	NIL	W B C	Nil
Sugar	NIL	Epithelial	Nil
Ex.Phosphate	Nil	Granular	Nil
		Hyaline	Nil

ON REQUESTCRYSTALS & OTHERS

Bile Salt	Not Done	Urates	Nil
Bile Pigment	Not Done	Uric Acid	Nil
Ketones	Not Done	Calcium oxalate	Nil
Urobilinogen	Not Done	Amor. Phos	Nil
B.J. Protein	Not Done	Hippurate crystal	NIL

Checked By

Medical Technologis
Radical Hospitals Ltd.

Dr. Sumaiya Khatun
MBBS, MD (Microbiology)
Associate Professor
Dept. of Microbiology
East West Medical College and Hospital

Patient ID	23050837	Test Date	27/05/2023		
Patient Name	MAHBUB ALAM AKAND	Age	34 YRS	Sex	Male
Ref. By	Dr. Mir Md. Raihan MBBS (DU),DFM				

BMI REPORT

$$\begin{aligned}
 \text{Body Mass Index} &= \frac{\text{Weight in kg}}{(\text{Height in Meter})^2} \\
 &= \frac{50 \text{ kg}}{(1.65)^2} \\
 &= 28.3
 \end{aligned}$$

BMI Categories

- ❖ Under Weight in = <18.5
- ❖ Normal Weight= 18.5 - 24.9
- ❖ Over Weight=25 - 29.9
- ❖ Obeshyz = BMI of 30 or greater.



Dr. Mir Md. Raihan

MBBS (DU,) CCD (Birdem), PGT (opth)
Reg- A55144 BGD-016(MMC)
DG Shipping Bangladesh Approved
Malaysian Medical Council Approved
General Physician
Radical Hospitals Limited

Date: 27/05/2023

EYE EXAMINATION REPORT

NAME:	MAHBUB ALAM AKAND		
AGE:	34 YRS	RANK: CHIEF STORE KEEPER	CDC NO: PA0380138

VISUAL ACUITY: RIGHT LEFT

UNAIDED 6/6 6/6

AIDED

COLOUR VISION: / NORMAL / BLIND

OPINION : / UNFIT / FIT FOR EMPLOYMENT ON BOARD



Dr. Mir Md. Raihan
 MBBS, PGT (Ophthalmology)
 Assistant Registrar (EX)
 East west Medical College & Hospital



Patient's Name	:	MAHBUB ALAM AKAND	ID NO	:	23050837
Age	:	34 Yrs	Date	:	27/05/2023
Sex	:	Male			
Referred by	:	Dr. Mir Md. Raihan - MBBS (DU), DFM			
Nature of Specimen	:				

Dental Examination Reports

On Examination

1. Dental Caries : Absent
2. Calculus : Absent
3. Missing : Absent
4. Gum Condition : Normal
5. Filling : No
6. Root Canal Treatment : No
7. Any Bridge/Denture/Crown : No
8. Oral Hygiene : Normal

Comments : Normal

Dr. Mir Md. Raihan

MBBS (DU), CCD (Birdem), PGT (ophth)

Reg- A55144 BGD-016(MMC)

DG Shipping Bangladesh Approved

Malaysian Medical Council Approved

General Physician

Radical Hospitals Limited

DEPARTMENT OF RADIOLOGY & IMAGING

ID. No. : 23050837 Receive: 27/05/2023 Print: 27/05/2023
Patient's Name : MAHBUB ALAM AKAND
Age : 34 Yrs Sex : M
Refd. by : Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM

X-RAY OF CHEST (DIGITAL)

Diaphragm : Both hemidiaphragm are normal in position.
C-P angles are clear.

Heart : Normal in T.D.

Lung : Lung fields are clear.

Bony thorax : Reveals no abnormality.

Comments : Normal chest skiagram.



Prof. Dr. Md. Mojibor Rahman
MBBS. DMRD (Radiology & Imaging)
Head of the Department (Radiology & Imaging)
Sylhet Women's Medical College Hospital

AUDIOLOGICAL REPORT

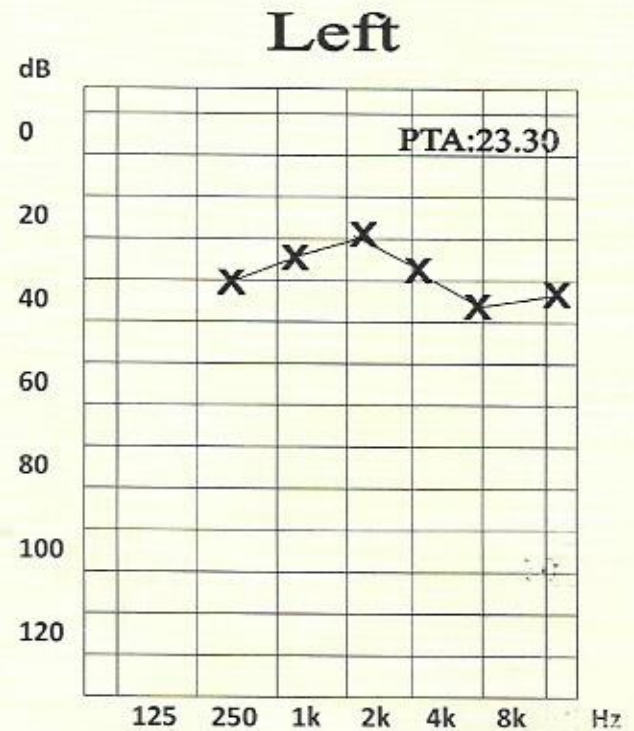
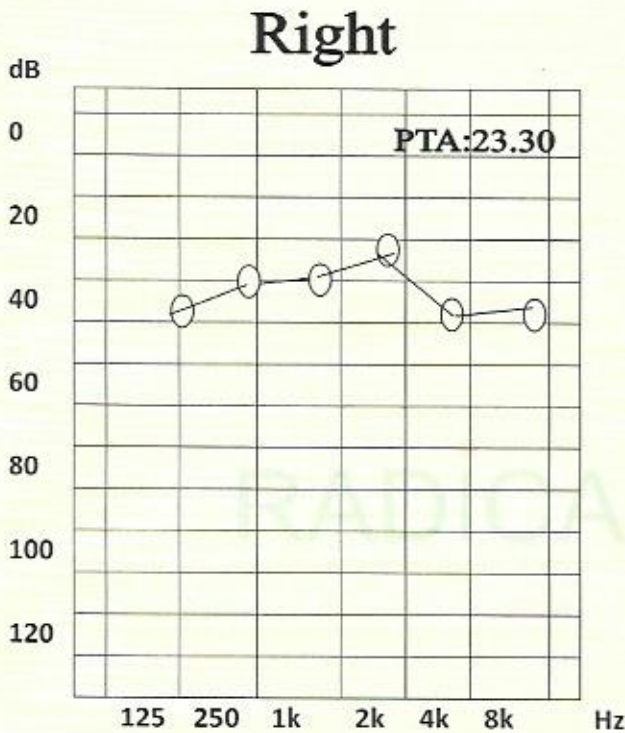
Patient Name : MAHBUB ALAM AKAND

27/05/2023

Age : 34 Yrs

Address : RHL, UTTARA

Referred By : Dr. Mir Md. Raihan, MBBS,(DU), DFM



0-25= Normal Hearing.
26-40= Mild Hearing Loss.
41-55= Moderate Hearing Loss.
56-70= Moderately Severe Hearing Loss.
71-90= Severe Hearing Loss.
91-120= Profound Hearing Loss.

	Right Ear	Left Ear
Air Unmasking OX		
Bone Unmasking		
Air Masking OX		
Bone Masking ΔΔ		

Remark's:-

Right Ear: Normal Hearing.

Left Ear: Normal Hearing.

DR. MIR. MD. RAIHAN
MBBS (DU), DFM, CCD (Birdem), PGT (Ophth)
BMDC A-55144, MMC-BGD-016
DG Shipping Bangladesh Approved
General Physician
Radical Hospitals Limited