

กำหนดการประชุม
ให้ความรู้คณะทำงานพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลไผ่
วันพุธที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลไผ่

เวลา	กิจกรรม
๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม
๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดการประชุมให้ความรู้คณะทำงานพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลไผ่ โดย นายกเทศมนตรีตำบลไผ่
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	บรรยาย เรื่อง กระบวนการสอบสวนเหตุรำคาญเรื่องกลิ่น โดย วิทยากรจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องตรวจวัดความเข้มข้นกลิ่นในบรรยากาศ จำนวน ๓ ฐาน ฐานที่ ๑ การฝึกดมกลิ่นตามแบบบันทึกข้อมูลการประเมินกลิ่นภาคสนาม (แบบ ก.๔) ฐานที่ ๒ การประกอบตัวเครื่องตรวจวัดความเข้มข้นกลิ่น และการดูหายใจ ในอัตราที่กำหนด ฐานที่ ๓ การฝึกดมกลิ่นจากตัวอย่าง (ฝึกใช้ใบกร.๒)
๑๕.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องตรวจวัดความเข้มข้นกลิ่นในบรรยากาศ ณ บริเวณบ้านผู้ร้องเรียน หรือผู้ได้รับผลกระทบ จำนวน ๒ ฐาน ฐานที่ ๑ การฝึกดมกลิ่นตามแบบบันทึกข้อมูลการประเมินกลิ่นภาคสนาม (แบบ ก.๔) ฐานที่ ๒ การฝึกดมกลิ่นจากตัวอย่าง (ฝึกใช้ใบกร.๒)
๑๖.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	ซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -ปิดการประชุม

1.1 ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน.....

1.2 อายุ..... ปี เพศ..... อาชีพ.....

1.3 ที่อยู่ขณะได้รับปัญหา บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1.4 ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1.5 ผู้ร้องเรียนป่วยหรือไม่ () ป่วย ด้วยโรค..... () ไม่ป่วย

1.6 เบอร์โทรศัพท์.....

1.7 การใช้ประโยชน์ที่ดินหรืออาคารที่ได้รับปัญหา.....

2.1 ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาท่านได้รับความเดือดร้อนจากปัญหากลิ่นเหม็นหรือไม่

() ได้รับปัญหา () ไม่ได้รับปัญหา

2.2 ในกรณีที่ได้รับปัญหา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร

() ปวดศีรษะ () คลื่นไส้ อาเจียน () มีผื่นแดงที่ผิวหนัง
() หายใจไม่สะดวก () แสบจมูก () เจ็บคอ
() แสบตา () น้ำมูกไหล () ปวดหู
() กระสับกระส่าย () นอนไม่หลับ
() อื่นๆ (ระบุ).....

2.3 ลักษณะการได้รับผลกระทบ เช่น สถานที่ก่อเหตุ ระยะห่างจากสถานที่ก่อเหตุ สาเหตุของกลิ่นที่เกิดขึ้นตามทีผู้ร้องเรียนเข้าใจ ลักษณะกลิ่นที่ได้รับ ผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านอื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.4 ช่วงเวลาที่ได้รับปัญหา เช่น ช่วงเวลา ความถี่ในการได้รับกลิ่น ระยะเวลาที่ได้รับกลิ่นในแต่ละครั้ง

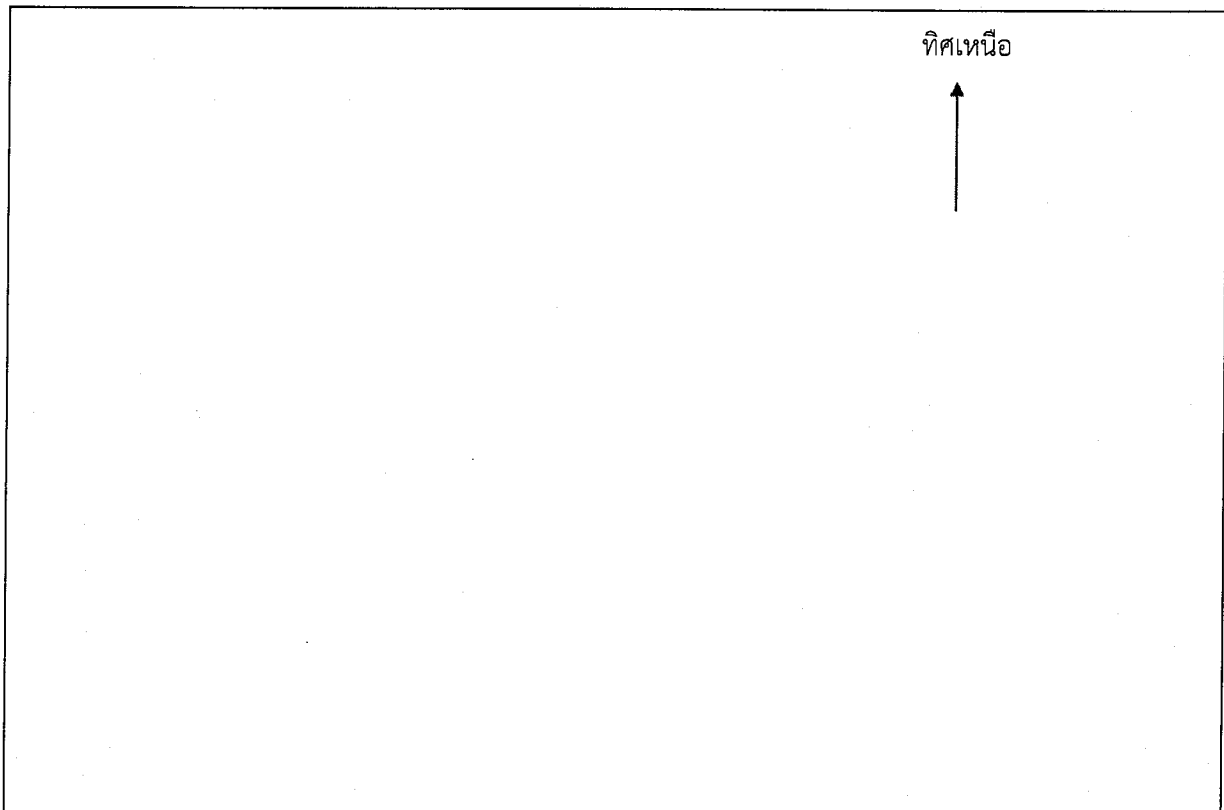
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจสอบสภาพปัญหาของเจ้าหน้าที่

- 3.1 วันที่และช่วงเวลาตรวจสอบ (เริ่มต้น-สิ้นสุด)
- 3.2 ขณะตรวจสอบ มีกลิ่นจากแหล่งกำเนิดที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ () มี () ไม่มี
- 3.3 ขณะตรวจสอบ มีกลิ่นจากแหล่งกำเนิดอื่นที่ไม่ใช่แหล่งกำเนิดที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ () มี () ไม่มี
- 3.4 สภาพปัญหาอื่นๆ ที่เจ้าหน้าที่ตรวจพบ หรือมีข้อสังเกต (ระบุรายละเอียดพร้อมการบันทึกภาพ)

- 3.5 แผนที่แสดงจุดประเมินกลิ่น สถานที่ก่อเหตุ สถานที่ได้รับผลกระทบและบริเวณโดยรอบ

ทิศเหนือ



ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล : _____ ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
() ()

ตำแหน่ง _____ ตำแหน่ง _____
วันที่ _____ วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____ ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
() ()

ตำแหน่ง _____ ตำแหน่ง _____
วันที่ _____ วันที่ _____

แบบสอบถามเหตุรำคาญจากกลิ่น ณ บริเวณที่ผู้ร้องเรียนได้รับผลกระทบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร้องเรียน

- 1.1 ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน.....
- 1.2 อายุ..... ปี เพศ..... อาชีพ.....
- 1.3 ที่อยู่ขณะได้รับปัญหา บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- 1.4 ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- 1.5 ผู้ร้องเรียนป่วยหรือไม่ () ป่วย ด้วยโรค..... () ไม่ป่วย
- 1.6 เบอร์โทรศัพท์.....
- 1.7 การใช้ประโยชน์ที่ดินหรืออาคารที่ได้รับปัญหา.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับปัญหาของผู้ร้องเรียน

- 2.1 ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาท่านได้รับความเดือดร้อนจากปัญหากลิ่นเหม็นหรือไม่
() ได้รับปัญหา () ไม่ได้รับปัญหา
- 2.2 ในกรณีที่ได้รับปัญหา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร
() ปวดศีรษะ () คลื่นไส้ อาเจียน () มีผื่นแดงที่ผิวหนัง
() หายใจไม่สะดวก () แสบจมูก () เจ็บคอ
() แสบตา () น้ำมูกไหล () ปวดหู
() กระสับกระส่าย () นอนไม่หลับ
() อื่นๆ (ระบุ).....
- 2.3 ลักษณะการได้รับผลกระทบ เช่น สถานที่ก่อเหตุ ระยะห่างจากสถานที่ก่อเหตุ สาเหตุของกลิ่นที่เกิดขึ้นตามที่ผู้ร้องเรียนเข้าใจ ลักษณะกลิ่นที่ได้รับ ผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านอื่นๆ
.....
.....
.....
.....
.....
- 2.4 ช่วงเวลาที่ได้รับปัญหา เช่น ช่วงเวลา ความถี่ในการได้รับกลิ่น ระยะเวลาที่ได้รับกลิ่นในแต่ละครั้ง
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจสอบสภาพปัญหาของเจ้าหน้าที่

- 3.1 วันที่และช่วงเวลาตรวจสอบ (เริ่มต้น-สิ้นสุด)
- 3.2 ขณะตรวจสอบ มีกลิ่นจากแหล่งกำเนิดที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ () มี () ไม่มี
- 3.3 ขณะตรวจสอบ มีกลิ่นจากแหล่งกำเนิดอื่นที่ไม่ใช่แหล่งกำเนิดที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ () มี () ไม่มี
- 3.4 สภาพปัญหาอื่นๆ ที่เจ้าหน้าที่ตรวจพบ หรือมีข้อสังเกต (ระบุรายละเอียดพร้อมการบันทึกภาพ)
-
-
-

3.5 แผนที่แสดงจุดประเมินกลิ่น สถานที่ก่อเหตุ สถานที่ได้รับผลกระทบและบริเวณโดยรอบ

ทิศเหนือ

↑

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล : _____ ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
() ()

ตำแหน่ง _____ ตำแหน่ง _____
วันที่ _____ วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____ ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
() ()

ตำแหน่ง _____ ตำแหน่ง _____
วันที่ _____ วันที่ _____

แบบสอบถามเหตุรำคาญจากกลิ่น ณ บริเวณโดยรอบแหล่งกำเนิด

วันที่สอบถาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา.....น.
ประเด็นปัญหาการร้องเรียน เรื่อง.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ-สกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
จำนวนสมาชิกในครอบครัว/ครัวเรือน.....คน อยู่อาศัยมาเป็นระยะเวลา.....ปี
บ้านพักอาศัยของท่านอยู่ห่างสถานประกอบการ/แหล่งก่อเหตุ (ระบุ).....เป็นระยะทาง
☐ น้อยกว่า 100 เมตร ☐ 100 เมตร - 500 เมตร
☐ 500 เมตร - 1 กิโลเมตร ☐ มากกว่า 1 กิโลเมตร

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการร้องเรียน

☐ ไม่ได้รับผลกระทบ/ไม่ได้รับความเดือดร้อน เพราะ.....

☐ ได้รับผลกระทบ/ได้รับความเดือดร้อน

ระบุรายละเอียด/ลักษณะผลกระทบ/สภาพปัญหา

ช่วงเวลา/ความถี่ที่ได้รับผลกระทบ/ระยะเวลาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง

ผลกระทบต่อสุขภาพ/อาการแสดง

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเพิ่มเติม

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ข้อมูล)

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบสอบถามเหตุรำคาญจากกลิ่น ณ แหล่งกำเนิด

วันที่.....ช่วงเวลาตรวจสอบ (เริ่มต้น-สิ้นสุด)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อแหล่งกำเนิดกลิ่น.....

1.2 สถานที่ตั้งแหล่งกำเนิดกลิ่น เลขที่.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1.3 ชื่อเจ้าของหรือผู้ครอบครองกิจการ.....

1.4 ลักษณะของสถานที่ก่อเหตุ

- ☐ บ้านพักอาศัย
- ☐ สถานที่ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ระบุ).....
- ☐ ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่สะสมอาหาร (ระบุ).....
- ☐ โรงงาน (ระบุ).....
- ☐ เกษตรกรรม (ระบุ).....
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.5 ลักษณะอาคาร (บันทึกภาพนิ่งโดยตั้งวันที่ไว้ด้วย)

- ☐ เป็นอาคารโรงงานโดยเฉพาะ สร้างด้วยวัสดุ.....จำนวน.....ชั้น
- ☐ เป็นบ้านพัก สร้างด้วยวัสดุ.....จำนวน.....ชั้น
- ☐ เป็นตึกแถวหรือทาวน์เฮ้าส์ สร้างด้วยวัสดุ.....จำนวน.....ชั้น
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.6 ใบอนุญาต

- ☐ ไม่จำเป็นต้องมีใบอนุญาต
- ☐ ไม่มีใบอนุญาต
- ☐ มีใบอนุญาต
- ☐ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ระบุประเภท วันที่ได้รับอนุญาตและวันหมดอายุ).....
- ☐ โรงงาน (ระบุประเภท วันที่ได้รับอนุญาตและวันหมดอายุ).....
- ☐ อื่นๆ (ถ้ามี) (ระบุประเภท วันที่ได้รับอนุญาตและวันหมดอายุ).....

1.7 ที่ตั้งของแหล่งกำเนิดกลิ่น

- ☐ อยู่ในย่านที่อยู่อาศัย.....
- ☐ อยู่ในย่านพาณิชยกรรม.....
- ☐ อยู่ในย่านอุตสาหกรรม.....
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.8 เวลาทำงานของสถานประกอบกิจการ/กิจกรรม ตั้งแต่เวลา.....น. ถึง.....น. รวม.....วัน/สัปดาห์

1.9 จำนวนพนักงาน/ผู้ปฏิบัติงาน.....คน

ส่วนที่ 2 กระบวนการทำงาน / กิจกรรม และปัจจัยเสี่ยง

2.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน ณ เวลาปัจจุบัน (อธิบายรายละเอียดกระบวนการโดยสังเขป)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 ข้อมูลวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ (ระบุชนิดและปริมาณของวัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการผลิต และปริมาณการผลิต)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 วิเคราะห์และระบุสาเหตุหรือกระบวนการหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตราย (บันทึกภาพนิ่งและ/หรือภาพเคลื่อนไหว โดยตั้งเวลาและวันที่)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.4 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ผู้ประกอบการใช้ในการควบคุมกลืน (บันทึกภาพนิ่งและ/หรือภาพเคลื่อนไหว โดยตั้งเวลาและวันที่)

.....

.....

.....

.....

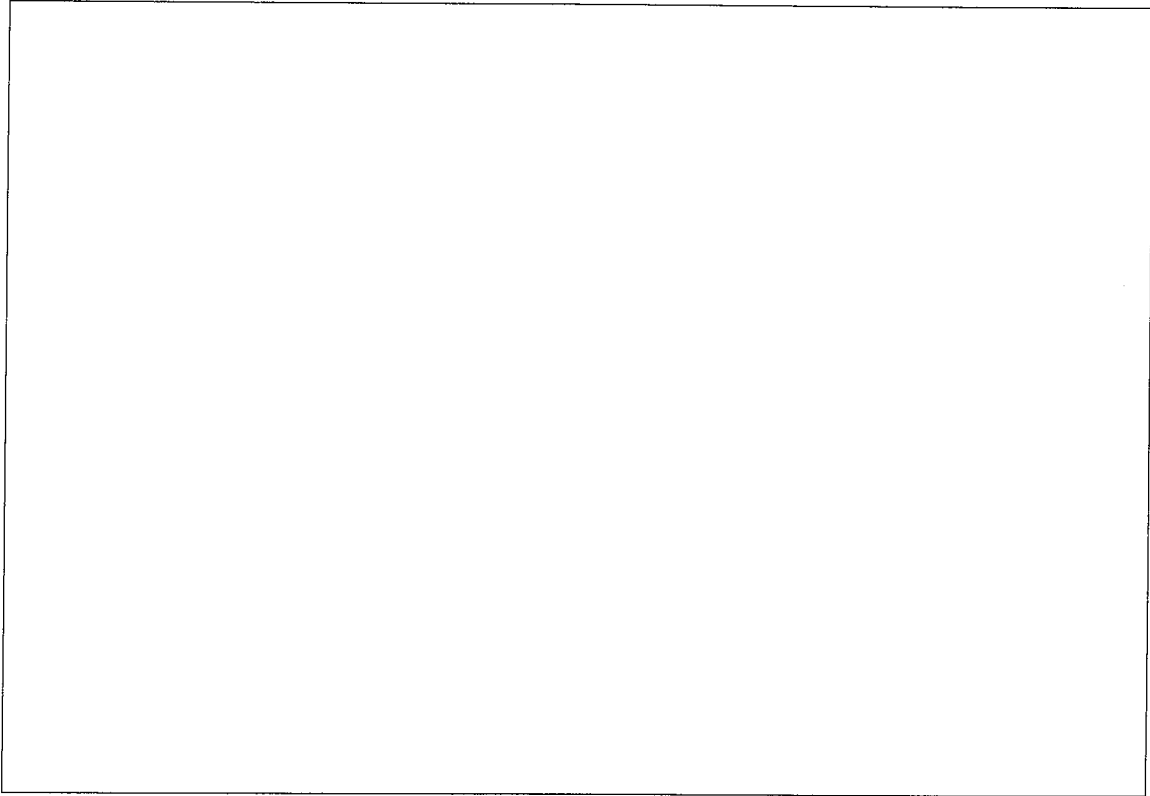
.....

.....

.....

.....

2.5 แผนผังอาคาร/แผนผังการประกอบกิจการ/แผนผังระบบควบคุมกลิ่น



2.6 ผลการประเมินของเจ้าหน้าที่ เช่น ลักษณะอุตุนิยมวิทยาขณะทำการตรวจสอบ ลักษณะกลิ่น ความแรงกลิ่น แหล่งกำเนิดกลิ่นสัมพันธ์กับกลิ่นที่ถูกร้องเรียนหรือไม่ ผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ขณะตรวจสอบ เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
()

ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
()

ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินกลิ่นภาคสนาม

คำชี้แจง :

1. แบบบันทึกข้อมูลการประเมินกลิ่นภาคสนามนี้ ใช้สำหรับผู้ประเมินกลิ่น 1 คน
2. ให้ผู้ประเมินกลิ่นทำการประเมินการรับรู้กลิ่นใน ส่วนที่ 1 เพื่อนำข้อมูลมาสรุปการรับรู้กลิ่นโดยภาพรวมของใน ส่วนที่ 2
3. การประเมินกลิ่นให้ผู้ประเมินหายใจปกติ พร้อมบันทึกความแรงกลิ่นและลักษณะกลิ่นเมื่อรับรู้ได้ถึงกลิ่นที่ต้องเผ่าระวัง
4. หากมีกลิ่นต่อเนื่องให้บันทึกทุกๆ 1 นาที และให้ประเมินจนกว่าจะสามารถประเมินการรับรู้กลิ่นภาพรวมใน ส่วนที่ 2 ได้
5. การประเมินระดับความแรงของกลิ่น และการบันทึกข้อมูลลักษณะท้องฟ้า ดูรายละเอียดตามภาคผนวก (หน้า 2)

ส่วนที่ 1 การประเมินการรับรู้กลิ่น

ชื่อสถานประกอบการ/สถานที่ถูกร้องเรียน :										
ที่ตั้ง : เลขที่ ถนน หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด										
สถานที่/กระบวนการ/กิจกรรมที่ก่อให้เกิดกลิ่น :										
สถานที่ทำการสำรวจกลิ่น :				ที่ตั้ง : เลขที่ ถนน หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด						
ผู้ดำเนินการสำรวจ :				ลักษณะท้องฟ้า :						
วันที่สำรวจ :				ทิศทางลม (ได้ลม/เหนือลม) :						
				ความเร็วลม :						
ครั้งที่สำรวจ	เวลา	การรับรู้กลิ่น		ระดับความแรงของกลิ่น						ลักษณะกลิ่น (Odor Character)
		ได้รับ	ไม่ได้รับ	0	1	2	3	4	5	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

ส่วนที่ 2 สรุปการรับรู้กลิ่นโดยภาพรวมของเจ้าหน้าที่ (ทำเครื่องหมาย ✓ บริเวณหน้าช่องระดับกลิ่นที่เลือก)

สรุประดับกลิ่น	สเกลระดับกลิ่น	ความรู้สึกรบกวนเรื่องกลิ่น
	0	ไม่มีกลิ่น
	1	กลิ่นอ่อนๆ ไม่น่ารังเกียจ
	2	กลิ่นที่ไม่น่ารังเกียจในระยะสั้นๆ แต่หากสัมผัสบ่อยหรือในระยะยาวอาจทำให้เป็นกลิ่นที่รบกวน/หรืออาจมีผลต่อสุขภาพ
	3	กลิ่นที่แรงชัดเจนมีแนวโน้มว่าจะเป็นกลิ่นที่รบกวนและ/หรืออาจทำให้ระคายเคือง
	4	กลิ่นที่รบกวนและทำให้บุคคลใดใดมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการสูดดม เป็นกลิ่นที่มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายระหว่างการสัมผัสในระยะสั้นหรือยาว
	5	กลิ่นที่แรงมากจนกระทั่งทำให้ผู้สัมผัสทนไม่ได้ไม่ว่าจะสัมผัสเวลาใดใด และมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยง่าย

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้ดำเนินการสำรวจ

ลงชื่อ

..... (.....)

..... ตำแหน่ง

.....

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำหรับการประเมินการรับรู้กลิ่นของเจ้าหน้าที่

สเกลระดับกลิ่น	ความรู้สึกรบกวนเรื่องกลิ่น
0 ไม่มีกลิ่น	ไม่รู้สึกรบกวน
1 กลิ่นอ่อนมาก	โดยปกติคนทั่วไปจะไม่ได้กลิ่น แต่คนที่ทำหน้าที่ทดสอบกลิ่น และคนที่มีความรู้สึกไวต่อกลิ่นเป็นพิเศษจะรู้สึกได้
2 กลิ่นอ่อน กลิ่นจาง	กลิ่นที่เกิดขึ้นจะอ่อนหรือจางมาก จะรู้สึกได้ต้องตั้งใจดม
3 มีกลิ่นที่รับได้	ความเข้มข้นของกลิ่นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้รู้สึกได้ว่ากลิ่นที่ไม่ชอบระดับกลิ่นอาจเกิดปัญหารบกวนในชุมชนที่อาศัย
4 กลิ่นแรง	ความเข้มข้นกลิ่นทำให้รู้สึกได้และเกิดความเดือดร้อนรำคาญเรื่องกลิ่น
5 กลิ่นแรงมาก	กลิ่นที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก จนไม่เหมาะที่จะใช้เป็นอากาศหายใจ

ตารางที่ 2 ข้อมูลสำหรับการบันทึกลักษณะท้องฟ้า

ลักษณะท้องฟ้า
ท้องฟ้าโปร่ง แสงแดดจัด
มีเมฆบางส่วน
มีเมฆมาก
มีดอคริม
มีเมฆปกคลุมฟ้าประมาณครึ่งหนึ่งของพื้นที่

แบบบันทึกการตรวจวัดกลิ่นรบกวน

สถานที่ตรวจวัด เลขที่.....ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ลักษณะการใช้พื้นที่ ☐ ศาสนสถาน โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานเลี้ยงเด็ก สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยพักฟื้นหรือผู้พิการ หรือ
สถานที่อื่นใดในทำนองเดียวกันที่ต้องมีการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเป็นพิเศษ (ระบุ).....
☐ สถานที่ทั่วไป (ระบุ).....

สภาพแวดล้อมของสถานที่ตรวจวัด

ชื่อสถานประกอบกิจการที่ถูกรบกวน.....ประเภทกิจการ.....

ลักษณะกลิ่น(ต้องไม่ใช่กลิ่นสารเคมีที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ)

คณะผู้ตรวจสอบกลิ่น

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

๓. ชื่อ-สกุล.....เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

๔. ชื่อ-สกุล.....เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

๕. ชื่อ-สกุล.....เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

วัน/เดือน/ปีที่ตรวจวัด.....

สภาพอากาศ ☐ ท้องฟ้าโปร่ง/มีแสงแดดจัด ☐ มีเมฆบางส่วน ☐ มีเมฆมาก ☐ มีดคร้มหยาดน้ำฟ้า ☐ ปรกติ ☐ หมอก ☐ ฝน ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ทิศทางลมความเร็วลม.....

ประเภทเครื่องตรวจวัดกลิ่น

ครั้งที่	เวลาตรวจวัด	ระดับความเข้มข้นกลิ่น (หน่วยกลิ่น; D/T)*						
		>๖๐	๖๐	๓๐	๑๕	๗	๔	๒
๑								
๒								
๓								
๔								
๕								

หมายเหตุ * ผลจากการตรวจวัดความเข้มข้นกลิ่นที่ยืนยันโดยคณะผู้ตรวจสอบกลิ่นที่มีจำนวนมากกว่ากึ่งหนึ่ง กรณีมีผู้ตรวจสอบกลิ่นจำนวน ๒ คน
ผลจากการตรวจวัดความเข้มข้นกลิ่นต้องตรงกัน

กำหนดมาตรฐานค่าระดับกลิ่นรบกวน

๑ ศาสนสถาน โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานเลี้ยงเด็ก สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยพักฟื้นหรือผู้พิการ หรือสถานที่อื่นใดในทำนองเดียวกันที่
ต้องมีการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเป็นพิเศษ ต้องมีค่าความเข้มข้นกลิ่น ณ เวลาใดๆ น้อยกว่า ๒ หน่วยกลิ่น (D/T)

๑ สถานที่ทั่วไป เช่น ที่พักอาศัยหรือชุมชน ต้องมีค่าความเข้มข้นกลิ่น ณ เวลาใดๆ น้อยกว่า ๔ หน่วยกลิ่น (D/T)

สรุปผลการตรวจวัด

☐ เป็นกลิ่นรบกวน☐ ไม่เป็นกลิ่นรบกวน

ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นของคณะผู้ตรวจสอบกลิ่น

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ควบคุมการตรวจสอบกลิ่น

แผนผังแสดงจุดตรวจวัดกลิ่นรบกวนและแหล่งกำเนิดกลิ่น

ให้ระบุ แหล่งกำเนิดกลิ่น บ้านเลขที่ที่ตรวจวัดกลิ่น บริเวณโดยรอบ ระยะห่างจากแหล่งกำเนิดกลิ่นและจุดทดสอบหลักสี่ทิศ

แบบบันทึกผลการตรวจวัดค่าความเข้มข้นกลิ่น (ผู้ตรวจสอบกลิ่น)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

สถานที่ตรวจวัด:

เลขที่.....ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เครื่องมือตรวจวัดกลิ่นในบรรยากาศภาคสนาม:

ชนิดเครื่องตรวจวัด.....รหัสเครื่อง.....

ผลการตรวจวัดระดับความเข้มข้นกลิ่น:

ครั้งที่	เวลาตรวจวัด	ระดับความเข้มข้นกลิ่น (หน่วยกลิ่น; D/T)							
		>๖๐	๖๐	๓๐	๑๕	๗	๔	๒	<๒
๑									
๒									
๓									
๔									
๕									

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ตรวจสอบกลิ่น

แบบบันทึกผลการตรวจวัดค่าความเข้มข้นกลิ่น (ผู้ตรวจสอบกลิ่น)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขทะเบียนผู้ตรวจสอบกลิ่น.....

สถานที่ตรวจวัด:

เลขที่.....ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เครื่องมือตรวจวัดกลิ่นในบรรยากาศภาคสนาม:

ชนิดเครื่องตรวจวัด.....รหัสเครื่อง.....

ผลการตรวจวัดระดับความเข้มข้นกลิ่น:

ครั้งที่	เวลาตรวจวัด	ระดับความเข้มข้นกลิ่น (หน่วยกลิ่น; D/T)							
		>๖๐	๖๐	๓๐	๑๕	๗	๔	๒	<๒
๑									
๒									
๓									
๔									
๕									

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ตรวจสอบกลิ่น



“

เมื่อคู่สมรสของผู้ฟ้องคดีเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33
แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

แต่เข้ารักษาโรคเรื้อรังจากสถานพยาบาลที่ไม่ได้เลือกไว้ตามสิทธิ
ทั้งมิใช่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษา
จากสถานพยาบาลตามสิทธิได้
การเข้ารับการรักษาดังกล่าวจึงเป็นความสมัครใจของคู่สมรสเอง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัด
จึงไม่ต้องจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวให้แก่ผู้ฟ้องคดี

”

คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ ๑3. 31/2568 <https://dgs.th/gsumestic>

❗ สิทธิประโยชน์และสวัสดิการของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ : สิทธิได้รับสวัสดิการการพยาบาลของข้าราชการใน (ครอบครัว)(ผู้ตาย)

◆ เมื่อผู้ตายของผู้ฟ้องคดีเป็นข้าราชการบำนาญมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2533 จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) มาตรา 54 (1) แห่งพระราชบัญญัติบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2545 มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) มาตรา 59

◆ เมื่อข้าราชการผู้ฟ้องคดีเป็นข้าราชการบำนาญมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2533 จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) มาตรา 54 (1) แห่งพระราชบัญญัติบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2545 มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) มาตรา 59

☆ กระทั่งไม่อาจถือว่าข้าราชการผู้ฟ้องคดีเป็นข้าราชการบำนาญมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2533 ที่ได้รับสวัสดิการการพยาบาลของข้าราชการ (กบข.) มาตรา 54 (1) แห่งพระราชบัญญัติบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2545 มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) มาตรา 59

☆ ส่วนงานบริหารงานบุคคลและสวัสดิการของข้าราชการผู้ฟ้องคดีไม่อาจถือว่าข้าราชการผู้ฟ้องคดี

- [illegible]

แบบ ก.1 แบบสอบถามเหตุรำคาญจากกลิ่น ณ บริเวณที่ผู้ร้องเรียนได้รับผลกระทบ

แบบ ก.2 แบบสอบถามเหตุรำคาญจากกลิ่น ณ บริเวณโดยรอบแหล่งกำเนิด

แบบ ก.3 แบบสอบถามเหตุรำคาญจากกลิ่น ณ แหล่งกำเนิด

แบบ ก.4 แบบบันทึกข้อมูลการประเมินกลิ่นภาคสนาม

แบบ กว.1 แบบบันทึกการตรวจวัดกลิ่นรบกวน

แบบ กว.2 แบบบันทึกผลการตรวจวัดค่าปริมาณเขม่ากลิ่น (ผู้ตรวจวัดกลิ่น)

รายละเอียด 3-5 จึงไป ถือว่าหนักแล้ว