

แบบฟอร์มการรับเรื่องราวร้องเรียน

หน่วยงาน.....

เลขที่รับเรื่อง..... วัน/เดือน/ปี..... ประเภทการร้องเรียน.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ร้องเรียน

1. ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน.....

2. ที่ตั้งเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

3. เบอร์โทรศัพท์..... มือถือ.....

4. ข้อร้องเรียน ☐ ปัญหาเสียงดัง/เสียงรบกวน ☐ ปัญหากลิ่นเหม็น/กลิ่นรบกวน

☐ ปัญหาฝุ่นละออง/เขม่า/ควัน ☐ ปัญหามูลฝอย/สิ่งปฏิกูล

☐ ปัญหาความสั่นสะเทือน ☐ ปัญหาสารเคมี/ของเสียอันตราย

☐ ปัญหาน้ำเสีย ☐ ปัญหาสัตว์และแมลงพาหะนำโรค

☐ ปัญหาอื่น ๆ (ระบุ).....

5. สภาพปัญหาที่ได้รับ (โดยสรุป)

6. ช่วงเวลา/ความถี่ที่ได้รับปัญหา

☐ เป็นประจำทุกวัน (ระบุช่วงเวลา)..... ☐ เป็นบางครั้ง (ระบุช่วงเวลา).....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

7. ผลกระทบต่อสุขภาพ/อาการแสดง

☐ ปวดศีรษะ/วิงเวียน ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มีผื่นแดงที่ผิวหนัง/ผิวหนังอักเสบ

☐ หายใจไม่สะดวก ☐ แสบจมูก ☐ เจ็บคอ

☐ ตาอักเสบ/แสบตา ☐ น้ำมูกไหล ☐ ปวดหู

☐ กระสับกระส่าย ☐ นอนไม่หลับ ☐ โรคภูมิแพ้

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

8. เคยแจ้งข้อร้องเรียนไปยังหน่วยงานอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานที่ที่ถูกร้องเรียน/ผู้ก่อเหตุรำคาญ

1. ชื่อสถานที่ที่ก่อเหตุรำคาญ/ผู้ก่อเหตุรำคาญ

2. ที่ตั้งเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... พิกัด.....

3. ลักษณะการกระทำ/ขั้นตอนหรือกระบวนการผลิต (โดยระบุ).....

4. ช่วงเวลาในการกระทำ/ประกอบกิจการ/ให้บริการ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ความประสงค์ในการร้องเรียน

ลงชื่อ.....ผู้ร้อง

(.....)

ลงชื่อผู้รับเรื่อง

(.....)

ตำแหน่ง

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 สาเหตุของกลิ่นที่เกิดขึ้นตามที
ผู้ร้องเรียนเข้าใจ 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)

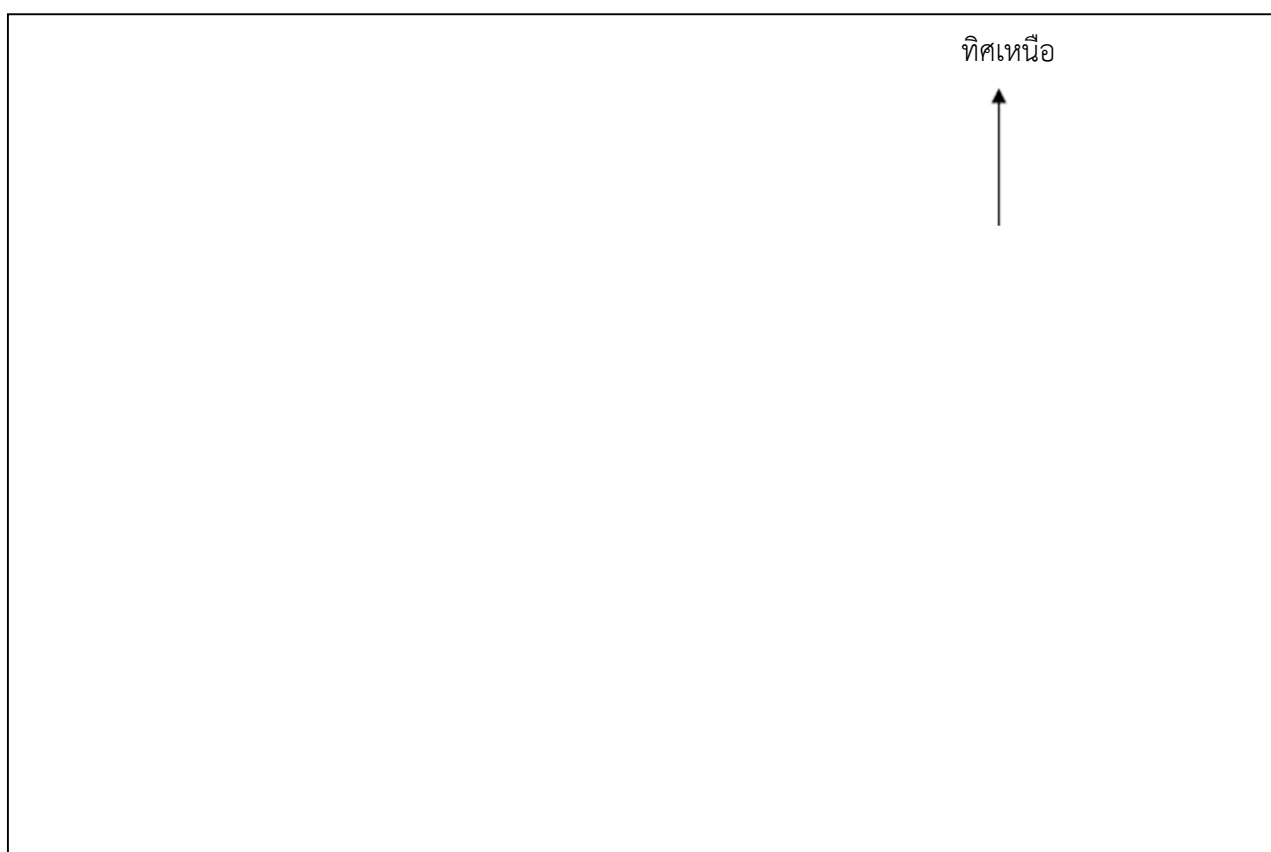
.....

.....

.....

3.5 แผนที่แสดงจุดประเมินกลิ่น สถานที่ก่อเหตุ สถานที่ได้รับผลกระทบและบริเวณโดยรอบ

ทิศเหนือ



ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล : _____
()

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
()

ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
()

ลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ: _____
()

ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ตำแหน่ง _____
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
- ☐ สถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (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 วิเคราะห์และระบุสาเหตุหรือกระบวนการหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลั่นרבกวน (บันทึกภาพนิ่งและ/หรือภาพเคลื่อนไหว โดยตั้งเวลาและวันที่)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.4 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ผู้ประกอบการใช้ในการควบคุมกลั่น (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. ให้ผู้ประเมินกลิ่นทำการประเมินการรับรู้กลิ่นในส่วนที่ 1 เพื่อนำข้อมูลมาสรุปการรับรู้กลิ่นโดยภาพรวมของในส่วนที่ 2
3. การประเมินกลิ่นให้ผู้ประเมินหายใจปกติ พร้อมบันทึกความแรงกลิ่นและลักษณะกลิ่นเมื่อรับรู้ได้ถึงกลิ่นที่ต้องเฝ้าระวัง
4. หากมีกลิ่นต่อเนื่องให้บันทึกทุกๆ 1 นาที และให้ประเมินจนกว่าจะสามารถประเมินการรับรู้กลิ่นภาพรวมในส่วนที่ 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 แต่หากสัมผัสบ่อยหรือในระยะยาวอาจทำให้เป็นกลิ่นที่ไม่น่ารังเกียจ/หรืออาจมีผลต่อสุขภาพ
	3	กลิ่นที่แรงชัดเจนมีแนวโน้มว่าจะเป็นกลิ่นที่ไม่น่ารังเกียจและ/หรืออาจทำให้ระคายเคือง
	4	กลิ่นที่ไม่น่ารังเกียจและทำให้บุคคลใดใดมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการสูดดม เป็นกลิ่นที่มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายระหว่างการสัมผัสในระยะสั้นหรือยาว
	5	กลิ่นที่แรงมากจนกระทั่งทำให้ผู้สัมผัสทนไม่ได้ไม่ว่าจะสัมผัสเวลาใดใด และมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยง่าย

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้ดำเนินการสำรวจ

ลงชื่อ

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

..... ตำแหน่ง

.....

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำหรับการประเมินการรับรู้กลิ่นของเจ้าหน้าที่

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

ตารางที่ 2 ข้อมูลสำหรับการบันทึกลักษณะท้องฟ้า

ลักษณะท้องฟ้า
ท้องฟ้าโปร่ง แสงแดดจัด
มีเมฆบางส่วน
มีเมฆมาก
มีดอกริม
มีเมฆปกคลุมฟ้าประมาณครึ่งหนึ่งของพื้นที่

แบบบันทึกการตรวจวัดกลิ่นรบกวน

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

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

☐ สถานที่ทั่วไป (ระบุ).....

สภาพแวดล้อมของสถานที่ตรวจวัด

ชื่อสถานประกอบกิจการที่ถูกร้องเรียน.....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 ☐ มีดครึ้ม

หยาดน้ำฟ้า ☐ ปกติ ☐ หมอก ☐ ฝน ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ทิศทางลมความเร็วลม.....

ประเภทเครื่องตรวจวัดกลิ่น

ครั้งที่	เวลาตรวจวัด	ระดับความเข้มข้นกลิ่น (หน่วยกลิ่น; D/T)*							
		>๖๐	๖๐	๓๐	๑๕	๗	๔	๒	<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 ระยะห่างจากแหล่งกำเนิดกลิ่นและจุดทิศหลักสี่ทิศ

