

## แบบสอบถามสำหรับคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อ้างอิงตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ให้มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ของท่านและครอบครัวและการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 วรรคหนึ่ง และมาตรา 6 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ขอให้ท่านโปรดกรอกข้อมูลประวัติสุขภาพและการเดินทางตามความเป็นจริง พร้อมทั้งนำแบบสอบถามฉบับนี้มาในวันประชุมด้วย

ชื่อ		โทร.
<input type="checkbox"/> ผู้ถือหุ่น หรือ ผู้รับมอบฉันทะ <input type="checkbox"/> ผู้ติดตาม		

ในปัจจุบันท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุ

1. ไอ/ เจ็บคอ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. มีน้ำมูก	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ไม่ได้กลิ่น	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ในช่วง 14 วันก่อนวันประชุม ท่านมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

1.เดินทางไปต่างประเทศในช่วงระยะเวลา 14 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.ประกอบอาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล (ตัวบรรจง) \_\_\_\_\_

For security officer / Authorized person

<input type="checkbox"/> ไม่เข้าข่ายต้องสงสัย	<input type="checkbox"/> มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็น COVID-19 ให้ไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล/สถานพยาบาลที่บริษัทกำหนด เพื่อวินิจฉัยโรคอื่นและทำตามคำสั่งแพทย์โดยเคร่งครัด
---	---