**แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ**

กรุณาตอบแบบสอบถามเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการสอบสวนสาเหตุการเกิดอาหารเป็นพิษที่ท่านและ/หรือเพื่อนของท่านได้ประสบ **ขอให้ท่านตอบรายการอาหารที่กินแม้ว่าท่านจะมิได้มีอาการป่วย**

ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสประจำตัว \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วันที่กินอาหาร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

อาการป่วย ไม่มีอาการ ท้องเสีย อาเจียน ท้องเสียและอาเจียน

ในกรณีที่ป่วย วันที่เริ่มป่วย \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| รายการอาหาร | ปริมาณที่กิน |
| ไม่ได้กิน | กินน้อย | กินมาก |
| หมวดอาหารคาว |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| หมวดขนม/ไอศกรีม/ผลไม้ |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| หมวดน้ำ/เครื่องดื่ม |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| น้ำแข็ง |  |  |  |

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

คณะกรรมการมาตรฐานร้านค้าและโรงอาหาร มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา