

# แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## หน่วยตรวจโรค หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน

### 1. ส่วนข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
สถาบัน/สถานศึกษา..... **มหาวิทยาลัยมหิดล**..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่oได้.....  
ที่อยู่  บ้าน  อื่นๆ ระบุ ..... เลขที่ ..... หมู่บ้าน.....  
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โรคประจำตัว.....

### 2. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

อุณหภูมิร่างกายแรกรับ..... องศาเซลเซียส และพบว่ามีอาการผิดปกติอื่นๆ ดังนี้

- มีไข้ มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส  ไอ  เจ็บคอ  ปวดกล้ามเนื้อ\*  
 มีน้ำมูก  มีเสมหะ  หายใจลำบาก  ปวดศีรษะ\*  
 ถ่ายเหลว\*  อื่นๆ\* ระบุ.....

**หมายเหตุ** หากพบว่าท่านมีอาการถ่ายเหลว, ปวดกล้ามเนื้อ, ปวดศีรษะ หรือพบอาการอื่นๆ ที่ระบุไว้โดยอย่างน้อย  
ให้มาคัดกรองเพิ่มเติม ณ สถานี 3 (ตรวจร่างกาย) แต่หากพบความผิดปกติในข้ออื่นๆ นอกเหนือจากข้างต้น  
ให้ท่านพักสังเกตอาการที่บ้าน 14 วัน แล้วท่านจึงเดินทางมารับสมัครรายงานตัวใหม่ ในวันที่กำหนด (วันเก็บตก)

### 3. ประวัติเสี่ยง

- \*3.1) ช่วง 14 วันก่อน อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ใช่ ไม่ใช่  
ระบุเมือง ..... ประเทศ..... เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่.....  
โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง.....
- 3.2) ช่วง 14 วันก่อน ได้เข้ารับการรักษา หรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ใช่ ไม่ใช่
- \*3.3) ช่วง 14 วันก่อน ได้ดูแล หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบ ใช่ ไม่ใช่
- \*3.4) ช่วง 14 วันก่อน มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ..... ใช่ ไม่ใช่
- 3.5) ช่วง 14 วันก่อน ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ใช่ ไม่ใช่
- 3.6) ช่วง 14 วันก่อน มีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ..... ใช่ ไม่ใช่
- \*3.7) ท่านเป็นผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือปอดอักเสบ ใช่ ไม่ใช่
- \*3.8) ท่านเคยสัมผัสผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ใช่ ไม่ใช่
- 3.9) ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ใช่ ไม่ใช่
- 3.10) ประวัติเสี่ยงอื่นๆ ระบุ .....

**หมายเหตุ** หากพบว่าท่านทำเครื่องหมาย ถูก (✓) ลงในช่องว่า ใช่ ในข้อ 3.1, 3.3, 3.4, 3.7 และ 3.8 ที่ระบุไว้โดย  
อย่างน้อยให้ท่านพักสังเกตอาการที่บ้าน 14 วัน แล้วท่านจึงเดินทางมารับสมัครรายงานตัวใหม่ ในวันที่กำหนด  
(วันเก็บตก) แต่หากพบว่าท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่า ใช่ ในข้ออื่นๆ นอกเหนือจากข้างต้น  
ให้ท่านมาคัดกรองเพิ่มเติม ณ สถานี 3 (ตรวจร่างกาย)

### 4. ข้อมูลส่วนนี้กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีมีการเจ็บป่วย

4.1) รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

.....  
.....

4.2) ตารางกิจกรรม และการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่	ระบุบุคคลร่วมกิจกรรม หากทำได้
0			
1			
2			
3			