

การตรวจคัดกรองสุขภาพ

ชื่อ-สกุล* อายุ* ปี
ที่พักระหว่างสอบ*
เบอร์ที่ติดต่อได้* อุณหภูมิ °C

ไม่มีไข้
 อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป หรือ ประวัติมีไข้

ร่วมกับ อาการของระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 ไม่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจผิดปกติ
 ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส
 หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก

ร่วมกับ การมีประวัติในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้
 ไม่มีประวัติเสี่ยง
 มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัย ในประเทศที่มีการรายงานโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
 สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 ไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือ
ขนส่งสาธารณะ ที่พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
 ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค

ความเห็นเจ้าหน้าที่คัดกรอง
 สอบห้องปกติ สอบห้องแยก รักษา/ส่งต่อ รพ.

.....
.....

ลงชื่อ* ลงชื่อ
ผู้รับการตรวจคัดกรอง เจ้าหน้าที่คัดกรอง
...../...../.....

ช่องที่มี * ต้องกรอกให้ถูกต้อง ครบถ้วน

การตรวจคัดกรองสุขภาพ

ชื่อ-สกุล* อายุ* ปี
ที่พักระหว่างสอบ*
เบอร์ที่ติดต่อได้* อุณหภูมิ °C

ไม่มีไข้
 อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป หรือ ประวัติมีไข้

ร่วมกับ อาการของระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 ไม่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจผิดปกติ
 ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส
 หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก

ร่วมกับ การมีประวัติในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้
 ไม่มีประวัติเสี่ยง
 มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัย ในประเทศที่มีการรายงานโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
 สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 ไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมตัวของกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือ
ขนส่งสาธารณะ ที่พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
 ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค

ความเห็นเจ้าหน้าที่คัดกรอง
 สอบห้องปกติ สอบห้องแยก รักษา/ส่งต่อ รพ.

.....
.....

ลงชื่อ* ลงชื่อ
ผู้รับการตรวจคัดกรอง เจ้าหน้าที่คัดกรอง
...../...../.....

ช่องที่มี * ต้องกรอกให้ถูกต้อง ครบถ้วน

ตัดตามเส้นประ

