

## 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 ขอให้ท่านโปรดกรอกข้อมูลประวัติ สุขภาพและการเดินทางตามความเป็นจริง พร้อมทั้งนำแบบสอบถามฉบับนี้มาในวันประชุมด้วย

**\*\* กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ของท่าน และเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อส่วนรวม \*\***

ชื่อ-นามสกุล.....	เบอร์โทร.....	
<input type="checkbox"/> ผู้ถือหุ้น <input type="checkbox"/> ผู้รับมอบฉันทะ		
คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่านเดินทางหรืออยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่องของโรค COVID-19 (สาธารณรัฐประชาชนจีน รวมถึง ฮองกง และมาเก๊า, ญี่ปุ่น, เกาหลีใต้, อิตาลี, อิหร่าน, ฝรั่งเศส, เยอรมนี, สหรัฐอเมริกา, สวิตเซอร์แลนด์, นอร์เวย์, เดนมาร์ก, เนเธอร์แลนด์, สวีเดน และอังกฤษ รวมถึงประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติม)		
2. ท่านเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพสัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ หรือ ชาวต่างชาติ สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง ได้สนทนากันในระยะห่างน้อยกว่า 1 เมตร และนานมากกว่า 5 นาที หรือ ถูกไอ/จามใส่ โดยไม่มีการป้องกัน เช่น ไม่ใส่หน้ากากอนามัย		
3. มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19		
4. มีผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านเดินทางกลับมาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19		
5. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่		
- มีไข้		
- ไอ		
- มีน้ำมูก		
- เจ็บคอ		
- หายใจลำบาก หอบเหนื่อย		
- ปวดเมื่อย บริเวณเนื้อตัว		
ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล..... (ตัวบรรจง)		

**\*\* ขอขอบคุณในความร่วมมือตอบแบบประเมิน \*\***