

แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับที่	รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	มีไข้ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส			
2	2.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19			
	2.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุประเทศ.....ถึงไทย ณ วันที่.....)			
	2.3 มีประวัติเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงภายใน 14 วัน (ถ้ามีระบุจังหวัด.....วันที่ไป.....)			
3	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่			
	3.1 รู้สึกอ่อนเพลีย			
	3.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ			
	3.3 มีน้ำมูก			
	3.4 เจ็บคอ			
	3.5 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	3.6 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือ ได้กลิ่นน้อยลง			
3.7 ลิ้นไม่รู้รส หรือ ลิ้นรับรูรสน้อยลง				

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

(.....)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี