

แบบเฝ้าสังเกตสุขภาพสำหรับผู้ติดต่อสัมผัสของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

นี้เป็นแบบสอบถามที่ดำเนินการโดยฝ่ายอนามัยและสาธารณสุขที่รับผิดชอบเป็นหลัก ขอให้เช็คสุขภาพของผู้ถูกเฝ้าสังเกตอย่างระมัดระวัง หากมีอาการที่กังวล โปรดบอกให้ติดต่อฝ่ายอนามัยและสาธารณสุข
อย่างแน่นอนโดยทันที โปรดสิ้นสุดการเฝ้าสังเกตสุขภาพในวันที่ 14 นับจากวันที่ติดต่อกับผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

เลขที่ผู้ติดต่อสัมผัส :		ชื่อ-นามสกุลของผู้ถูกเฝ้าสังเกต :					ที่อยู่ :				โทรศัพท์ : - -			
ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย :		วันเวลาที่ติดต่อกับผู้ป่วยครั้งสุดท้าย : ปี เดือน วันที่ ประมาณ น.					ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย :				อีเมล : @			
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7	วันที่ 8	วันที่ 9	วันที่ 10	วันที่ 11	วันที่ 12	วันที่ 13	วันที่ 14
เดือน/วัน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
อาการทางเดินหายใจ	ไอ	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	หายใจลำบาก	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	น้ำมูกไหล / คัดจมูก	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	เจ็บคอ	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
อื่นๆ	คลื่นไส้ / อาเจียน	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	เลือดคั่งในเยื่อปอด	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	ปวดหัว	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	เหนื่อยล้าทั้งตัว	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	ปวดข้อและกล้ามเนื้อ	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	ท้องเสีย	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	ความผิดปกติของการรู้สึกตัว	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
	ชัก	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี	ไม่มี · มี
อื่นๆ														
เช็ค <input checked="" type="checkbox"/> ในตอนเช้าและเย็น (บันทึกวิธีการเช็ค (โทรศัพท์ / สัมภาษณ์ ฯลฯ))	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()	เช้า : <input type="checkbox"/> () เย็น : <input type="checkbox"/> ()
หมายเหตุ														
ผู้เช็ค														

ชื่อฝ่ายอนามัยและสาธารณสุข : _____ ผู้รับผิดชอบ : _____ ที่ตั้ง : _____ โทรศัพท์ : - - แฟกซ์ : - -