

แบบประเมินคัดกรองผู้รับบริการก่อนการให้บริการ

วัตถุประสงค์ : แบบสอบถามก่อนเข้ารับบริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนี้ เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มาใช้บริการและผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้บริการทางสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ

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

ที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....คณะ/วิทยาลัย.....

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

ลำดับที่	รายละเอียด/ประวัติอาการและการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.3 องศาเซลเซียส			
2	2.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19			
	2.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุประเทศ.....ถึงไทย ณ วันที่.....)			
	2.3 ท่านมีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุด และเข้มงวด (จังหวัดสีแดงเข้ม) ภายใน 14 วันปรักระบุจังหวัด.....			
3	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่			
	3.1 ผู้สักรันเนื้อครันตัวอ่อนเพลีย			
	3.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ			
	3.3 มีน้ำมูก			
	3.4 เจ็บคอ			
	3.5 ปวดศีรษะ			
	3.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	3.7 มีอาการไข้อื่นเสี่ยงที่ผิดปกติหรือเริ่มมีปฏิกิริยาการไข้อื่น			
	3.8 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือ ได้กลิ่นลดลง			
	3.9 ลิ้นไม่รู้สึก หรือลิ้นได้รับรู้รสลดลง			
4	ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโควิด หรือไม่			

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อ ไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

เลข AuthencodePP.....

สิทธิการรักษา O หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30บาท)

O ประกันสังคม ร.พ.....

น้ำหนัก..... สถานภาพ.....

อาชีพ..... เบอร์โทร.....

ลงชื่อ

(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

(.....)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี