



แบบการประเมินคัดกรองผู้รับบริการก่อนให้บริการ

**วัตถุประสงค์ :** แบบสอบถามก่อนเข้าใช้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนี้ เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มาใช้บริการและผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้บริการทางสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ

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

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

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

ลำดับที่	รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1.	มีไข้ $\geq 37.5$ องศาเซลเซียส			
2.	2.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19			
	2.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุประเทศ.....ถึงไทย ณ วันที่.....)			
	2.3 อาศัยหรือเดินทางจากพื้นที่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา (เดินทางไปอำเภอ.....จังหวัด.....วันที่ไป.....)			
3.	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่			
	3.1 รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย			
	3.2 ไอ/ไอแห้ง/มีเสมหะ			
	3.3 มีน้ำมูก			
	3.4 เจ็บคอ			
	3.5 ปวดศีรษะ			
	3.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	3.7 มีอาการได้ยินเสียงที่ผิดปกติหรือเริ่มมีปัญหาการได้ยิน			
	3.8 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง			
	3.9 ลิ้นไม่รู้สึก หรือลิ้นได้รับรสอ่อนลง			
3.10 ท่านรับประทานยาอะไรบ้างเพื่อบรรเทาอาการในข้อ 3.1-3.9 เช่น.....				
4.	ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโควิดหรือไม่			

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

(.....)

ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี