

แบบสอบถามโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 เฉพาะราย
ตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19)
คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

1. ชื่อ – สกุล (นักศึกษา)..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี
 สาขาวิชา..... ชั้นปี..... อาจารย์ที่ปรึกษา.....
 เบอร์โทรศัพท์.....
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....อีเมลล์.....
3. ที่อยู่ขณะป่วย () หอพักมหาวิทยาลัย ชื่อหอพัก.....ห้อง..... จำนวนเพื่อนร่วมห้อง..... คน
 () ที่พักนอกมหาวิทยาลัย ระบุ.....
4. ชื่อผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้เกี่ยวข้องเป็น.....
 โทรศัพท์.....
5. ข้อมูลทางคลินิก
 วันที่เริ่มป่วย วันที่ตรวจพบเชื้อ (ATK / RT-PCR)
 อาการแสดงในปัจจุบัน.....
 การรักษาปัจจุบัน.....
 ประวัติการรับวัคซีน () ไม่ได้รับ () ได้รับ วันที่ได้รับ เข็มที่ 1..... เข็มที่ 2..... เข็มที่ 3.....

6. ประวัติเสี่ยง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ ร้านอาหาร ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- อื่น ๆ ระบุ

7. รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อก่อนเริ่มป่วย และคาดว่าน่าจะติดเชื้อมาจากใครหรือแหล่งใด

.....

.....

.....

8. ตารางกิจกรรมและการเดินทาง 14 วันย้อนหลัง

วัน	วัน/เดือน/ปี	เวลา	กิจกรรม/ สถานที่	หมายเหตุ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

9. รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยยะป่วย ระบุดลักษณะการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย

ที่	ชื่อ - สกุล	ชั้นปี	สาขาวิชา	อาจารย์ที่ปรึกษา/ อาจารย์ประจำชั้น	ที่อยู่/เบอร์โทร	วันที่สัมผัสผู้ป่วย	ลักษณะการสัมผัส	การใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะสัมผัสผู้ป่วย	ได้รับวัคซีน (ครบ/ไม่ครบตามเกณฑ์)