แบบประเมินคัดกรองผู้รับบริการก่อนการให้บริการ

วัตถุประสงค์ : แบบสอบถามก่อนเข้าใช้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนี้ เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มาใช้บริการและผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้การบริการทางสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ

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 >37.3 องศาเซลเซียส			
2	2.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19			
	2.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุประเทศ.....ถึงไทย ณ วันที่ .....)			
	2.3 ท่านมีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและข้มงวด (จังหวัดสีแดงเข้ม) ภายใน 14 วันโปรดระบุจังหวัด.....			
3	**ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่** 3.1 รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวอ่อนเพลีย			
	3.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ			
	3.3 มีน้ำมูก			
	3.4 เจ็บคอ			
	3.5 ปวดศีรษะ			
	3.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	3.7 มีอาการได้ยินเสียงที่ผิดปกติหรือเริ่มมีปัญหาการได้ยิน			
	3.8 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือ ได้กลิ่นลดลง			
	3.9 ลิ้นไม่รู้รส หรือลิ้นได้รับรู้รสน้อยลง			
4	ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโควิดหรือไม่			

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

เลข Authencode .....PP.....

สิทธิ์การรักษา O หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30บาท)

O ประกันสังคม ร.พ.....

น้ำหนัก..... สถานภาพ .....

อาชีพ.....เบอร์โทร .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

(.....)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี