



แบบคัดกรองตนเอง สำหรับผู้สงสัยโรคไวรัสโคโรนา 19 (COVID-19) (Self-Screening Form)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอ้างอิงจากแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข ขอความร่วมมือให้ทุกท่าน **กรอกข้อมูล** ที่ถูกต้องเป็นความจริง เพื่อประโยชน์ในการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Please fill out this self-screening form for submitting to the Ministry of Public Health, Thailand and send back to email: signasiachannel@gmail.com

ชื่อ-นามสกุล / Full Name :

เบอร์โทรศัพท์ / Tel. : เพศ / Gender : อายุ / Age :

บริษัท/ Company Name :

1. ท่านมีไข้หรือไม่ / Do you have Fever?

มี / Yes

ไม่มี / No

2. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่ / Do you have any of these Symptoms?

ไอ / Cough

หายใจหอบ / Shortness of breath

เจ็บคอ / Sore throats

ไม่มีอาการเหล่านี้ / None of these symptoms.

น้ำมูกไหล / Runny nose

3. ท่านมีประวัติเดินทางมาจากประเทศญี่ปุ่น, สิงคโปร์, ฮองกง, ไต้หวัน, มาเก๊า, เยอรมัน, ฝรั่งเศส หรือในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนเริ่มป่วย ไข้หรือไม่? / Do you have traveled from China, Japan, Singapore, Republic of Korea, Hong Kong, Taiwan, Macao, Germany, France or the Novel Coronavirus 2019 outbreak areas within the past 14 days before get sick?

ใช่ / Yes ประเทศ _____

ไม่ใช่ / No

4. ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ต้องสงสัยการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือมีอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสนักท่องเที่ยวต่างชาติ หรือไม่? / Do you have contacted with suspected or have career opportunities with foreign tourists?

ใช่ / Yes

ไม่ใช่ / No

ประกอบอาชีพ / (career opportunities with foreign tourists)

สัมผัสผู้ป่วย / (Contacted with suspected)