

Code _____

Novelcorona 2

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

新型コロナウイルス 2019 感染者問診票

1. ข้อมูลทั่วไป 一般事項

เลขบัตรประชาชน/passport 身分証明書番号/パスポート

ชื่อ นามสกุล 氏名..... เพศ 性別 ชาย 男 หญิง 女

อายุ 年齢.....年 ปี.....เดือน 月 สัญชาติ 国籍.....

(ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์)

職業 (職種を書いてください。医療、保険局関係者又は医療従事者の場合は職種を明記)

.....

สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา 勤務地/通学地.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 連絡先.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย タイ国内の住所 บ้าน-軒屋 อื่น ๆ その他

เลขที่ 番地 หมู่ที่ Moo..... หมู่บ้าน集合住宅地名..... ซอยソイ

ถนน 通り..... ตำบล町

อำเภอ 郡..... จังหวัด 県

โรคประจำตัว 持病.....

2. ข้อมูลทางคลินิก 医療機関用情報

วันที่เริ่มป่วย発症日..... วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก 初診日.....

สถานพยาบาล 医療機関名..... จังหวัด 県.....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน 現在治療を受けている医療機関名.....

จังหวัด 県.....

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย受診日に見られた症状 : ไข้ 熱

อุณหภูมิร่างกายแรกเริ่ม 初回検温時の体温..... O2Sat

ไอ咳 เจ็บคอ咽頭痛 ปวดกล้ามเนื้อ 筋肉痛 มีน้ำมูก鼻水 มีเสมหะ痰 หายใจลำบาก呼吸困難 (dyspnea)

ปวดศีรษะ頭痛 ถ่ายเหลว下痢・軟便 อื่นๆระบุその他症状を記入..... ใส่เครื่องช่วย

หายใจ 人口呼吸器の装着

เอ็กซเรย์ปอด(ครั้งแรก) 肺レントゲン(初回) ไม่ได้ทำ 撮影無し ทำ เมื่อวันที่ 撮影あり

ระบุผล 結果

CBC(ครั้งแรก) : วันที่..... ผล Hb.....mg%

Hct% Platelet count x10³

WBCN % L % Atyp

lymph % Mono % อื่นๆ

ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ

Negative / Positive • Flu A Flu B

ผลการSARSCoV-2

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
					<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
					<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admitวันที่

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก

Darunavir/Ritonavir (DRV/r) Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) Favipiravir

Chloroquine Hydroxychloroquine ยาอื่นๆ ระบุ

สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ.

อื่นๆ ระบุ

**สถานที่และกิจกรรมที่อาจติดเชื้อภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีอาการหรือไม่ก็ได้
 症状の有無に関わらず、この 5 日間以内に感染の可能性があった場所及び行為**

วันที่ 日付.....

เวลา 時間	กิจกรรม 行動 / สถานที่ 場所	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม 一緒に行動した人数・氏名
04:00		
05:00		
06:00		
07:00		
08:00		
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

※保健局・病院用

ผู้รายงาน 報告者.....หน่วยงาน 部署..... โทรศัพท์ 電話.....

วันที่สอบสวน 報告日.....

**สถานที่และกิจกรรมที่อาจติดเชื้อภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีอาการหรือไม่ก็ได้
 症状の有無に関わらず、この 5 日間以内に感染の可能性があった場所及び行為**

วันที่ 日付.....

เวลา 時間	กิจกรรม 行動 / สถานที่ 場所	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม 一緒に行動した人数・氏名
04:00		
05:00		
06:00		
07:00		
08:00		
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

※保健局・病院用

ผู้รายงาน 報告者หน่วยงาน 部署..... โทรศัพท์ 電話.....

วันที่สอบสวน 報告日.....

**สถานที่และกิจกรรมที่อาจติดเชื้อภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีอาการหรือไม่ก็ได้
 症状の有無に関わらず、この 5 日間以内に感染の可能性があった場所及び行為**

วันที่ 日付.....

เวลา 時間	กิจกรรม 行動 / สถานที่ 場所	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม 一緒に行動した人数・氏名
04:00		
05:00		
06:00		
07:00		
08:00		
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

※保健局・病院用

ผู้รายงาน 報告者.....หน่วยงาน 部署..... โทรศัพท์ 電話.....

วันที่สอบสวน 報告日.....

สถานที่และกิจกรรมที่อาจติดเชื้อภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีอาการหรือไม่ก็ได้
 症状の有無に関わらず、この 5 日間以内に感染の可能性があった場所及び行為

วันที่ 日付.....

เวลา 時間	กิจกรรม 行動 / สถานที่ 場所	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม 一緒に行動した人数・氏名
04:00		
05:00		
06:00		
07:00		
08:00		
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

※保健局・病院用

ผู้รายงาน 報告者.....หน่วยงาน 部署..... โทรศัพท์ 電話.....

วันที่สอบสวน 報告日.....

**สถานที่และกิจกรรมที่อาจติดเชื้อภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีอาการหรือไม่ก็ได้
 症状の有無に関わらず、この 5 日間以内に感染の可能性があった場所及び行為**

วันที่ 日付.....

เวลา 時間	กิจกรรม 行動 / สถานที่ 場所	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม 一緒に行動した人数・氏名
04:00		
05:00		
06:00		
07:00		
08:00		
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

※保健局・病院用

ผู้รายงาน 報告者.....หน่วยงาน 部署..... โทรศัพท์ 電話.....

วันที่สอบสวน 報告日.....