

**แบบประเมินคัดกรองข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานจ้าง/ผู้ปฏิบัติงาน  
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นผู้ที่สงสัยว่ามีความเสี่ยงจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อ COVID-19**

วัตถุประสงค์ : แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่บุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น  
การตัดสินใจให้เป็นอำนาจของผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้พิจารณา

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับ	รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	มีไข้ $\geq 37.5$ องศาเซลเซียส			
2	2.1 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ ถ้ามีระบุประเทศ.....ถึงไทย ณ วันที่.....			
	2.2 มีประวัติเดินทางออกนอกพื้นที่อาศัยอยู่ภายใน 14 วัน เดินทางไปอำเภอ.....จังหวัด.....วันที่ไป.....			
3	สัมผัส/ใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยง/ผู้ป่วย COVID-19 ในช่วง 14 วันก่อนหรือไม่			
	3.1 อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นไข้หวัดพร้อมกัน มากกว่า 5 คน			
	3.2 มีบุคคลในบ้านเดินทางไปต่างประเทศ			
	3.3 อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 (ใกล้กว่า 1 เมตร นานเกิน 5 นาที)			
4	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่			
	4.1 รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวอ่อนเพลีย			
	4.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ			
	4.3 มีน้ำมูก			
	4.4 เจ็บคอ			
	4.5 ปวดศีรษะ			
	4.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	4.7 มีอาการได้ยินเสียงที่ผิดปกติหรือเริ่มมีปัญหาการได้ยิน			
	4.8 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง			
	4.9 ลิ้นไม่รู้สึก หรือลิ้นได้รับรสอ่อนลง			
	4.10 ท่านรับประทานยาอะไรบ้างเพื่อบรรเทาอาการในข้อ 4.1-4.9 เช่น.....			

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงานผู้ยื่นแบบฯ สำนัก/กอง..... ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง  ลงชื่อ.....                      ลงชื่อ..... (.....)                              (.....) หน.ฝ่าย.....                      ผอ.กอง.....	กองสาธารณสุขได้ตรวจสอบข้อมูลข้างต้นแล้ว ผลการตรวจสอบ <input type="radio"/> เสียงสูง <input type="radio"/> เสียงต่ำ <input type="radio"/> ไม่เสียง  ลงชื่อ.....                      ลงชื่อ..... (.....)                              (.....) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ                      หน.กลุ่มงานบริการสาธารณสุข  ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข
---	--

