



เอกสารคัดกรองประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19  
ผู้มารับบริการ ที่เอ็นเอช สหคลินิก

วันที่.....

ชื่อ-สกุล .....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

อาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....

รายละเอียดการคัดกรองประเมินความเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่
1.ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ รู้สึกอ่อนเพลีย,ไอ/ไอแห้ง /ไอมีเสมหะ,มีน้ำมูก , เจ็บคอ,ปวดศีรษะ,หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก,จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง, ลิ้นไม่รู้รส หรือลิ้นได้รับรู้รสน้อยลง		
2.ท่านมีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง , พื้นที่อื่นที่รายงานของ Covid-19		
3. ในช่วง 14 วัน ท่านทำงานในสถานที่เดียวกันกับที่พบผู้ป่วย Covid - 19 หรือผู้ที่มีอาการ		
4. ท่านมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรค หรือ ผู้มีความเสี่ยง Covid-19		
5. ท่านเดินทางในยานพาหนะ(เครื่องบิน รถยนต์ รถไฟ เรือ หรือยานพาหนะอื่นๆ) กับผู้ป่วย ยืนยัน Covid-19		
6. ท่านรับประทานอาหารและมีกิจกรรมและหรือมีกิจกรรมในสถานที่เดียวกันและในช่วงเวลา เดียวกันกับผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 ที่ทางราชการประกาศให้เข้ามารับการสอบสวนโรค		

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ.....ผู้รับการคัดกรอง

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง

(.....)