**แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ (จ.ยโสธร)**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

# **1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ–สกุลผู้ป่วย……………………………………….………อายุ……….…….ปี น้ำหนัก..............กก./ ส่วนสูง.............ซม.

วันเดือนปีเกิด………………./………………/………………. เพศ ⬜ ชาย ⬜ หญิง

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วย............................................................

 **2. อาชีพ**

 ⬜ ในปกครอง ⬜ นร./นศ. ⬜ เกษตรกร

 ⬜ รับจ้าง ⬜ อื่นๆ (ระบุ).........................................................

 **3. ที่อยู่ขณะป่วยหรือที่อยู่ปัจจุบัน**

 บ้านเลขที่……....หมู่ที่.…..…..ถนน….………...ตำบล.……………...อำเภอ..……………….จังหวัด………...……

 ⬜ ในเขตเทศบาลเมือง ⬜ ในเขตเทศบาลตำบล ⬜ ในเขต อบต.

 **4. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

 บ้านเลขที่…….....หมู่ที่.…...…..ถนน….………...ตำบล.…………………...อำเภอ..………………..จังหวัด.………………………

 **5. วันเริ่มป่วย** ….…/…….…/..……วันที่มาโรงพยาบาล………/……..…/…….…วันที่ออกจาก รพ……..…/…………/…………

 เป็นผู้ป่วย ⬜ ผู้ป่วยนอก ⬜ ผู้ป่วยใน

 ผลการรักษา ..⬜ กำลังรักษา ⬜ หาย ⬜ ไม่ทราบ

 **6. ประวัติการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่**

 ⬜ ได้รับ ⬜ ไม่ได้รับ ⬜ ไม่ทราบ

 **7. โรคประจำตัว** (ระบุ)…………………………………………………………….

 **8. อาการและอาการแสดง**

|  |  |
| --- | --- |
| **กกกกกกกกกกอาการ** | **กกกกกกกกกกกผลการตรวจ** |
| 1. มีไข้
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. ปวดศรีษะ
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. อ่อนเพลียหรือปวดตามตัว
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. คัดจมูก
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. จาม
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. เจ็บคอ
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. ไอ
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. แน่นหน้าอก
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |
| 1. อื่นๆ (ระบุ).................................................
 | ⬜ มี | ⬜ ไม่มี |

**9. ประวัติการเดินทางก่อนป่วย 7 วัน**

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

**10. ประวัติการการเจ็บป่วยและการรักษา**

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

**11. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย**

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

**12. บันทึกอื่นๆ**

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

ชื่อผู้สอบสวน………………………………………….……………………..……..ตำแหน่ง………………………………………………………………………………

ที่ทำงาน………………………………………………………….….วันที่สอบสวน……………/……………/…………

โทรศัพท์……………………………………………………….……