**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……………………………………………………….……