



## แบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สำหรับนักศึกษาต่างสถาบันที่ต้องการเข้าฝึกปฏิบัติงาน/ดูงาน  
ภายในหน่วยงาน/ภาควิชาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว (ชื่อ-สกุล) .....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

สถาบันต้นสังกัด.....

ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการ และ/หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ที่ไม่ใช่คนในครอบครัว/ไม่ใช่เพื่อนร่วม  
ห้องพัก ดังต่อไปนี้

1. มีไข้ (ตามที่รู้สึก แม้วัดอุณหภูมิแล้วไม่มีไข้)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
2. มีน้ำมูกไหล จาม ไอ เจ็บคอ หรือจุกไม่ไต่กลืน ลิ้นไม่ได้รับรส	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
3. กินอาหาร สูดบุหรี ต้มสุรา สังสรรค์ การชุมนุมอื่นๆ โดยไม่ใส่หรือใส่หน้ากากฝ่ายเดียว หรือไม่เว้น ระยะห่าง	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
4. พักร่วมห้องหรือร่วมบ้านกับผู้สงสัยติดเชื้อ COVID-19	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
5. มีประวัติใกล้ชิด หรือสัมผัสผู้ป่วยที่เข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
6. ใช้บริการหรือทำงานในสถานที่เสี่ยง เช่น ผับ บาร์ คาเฟ่ ร้านอาหาร ตลาด ฯลฯ ที่เพิ่งประกาศพบผู้ติด เชื้อ COVID-19	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
7. เดินทางกลับจากต่างประเทศ รวมทั้งเดินทางผ่าน (transit) ต่างประเทศในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
8. ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 <input type="radio"/> ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 แล้ว เมื่อวันที่ .....		
<input type="radio"/> ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 แล้ว เมื่อวันที่ .....		
<input type="radio"/> ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 แล้ว เมื่อวันที่ .....		
<input type="radio"/> ยังไม่ได้รับวัคซีน		
9. ข้อมูลการตรวจเชื้อโควิด-19 (ถ้ามี) ได้รับการตรวจโดยวิธี		
<input type="radio"/> RT-PCR เมื่อวันที่ ..... สถานที่ตรวจ.....		
<input type="radio"/> ATK เมื่อวันที่ ..... <input type="radio"/> โดยตนเอง <input type="radio"/> โดยบุคลากรทางการแพทย์		

ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีการแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จ/ปกปิดข้อมูล และเป็นที่เปิดเผยในภายหลัง ข้าพเจ้าอาจถูกเพิก  
ถอนการฝึกปฏิบัติงาน/ ฝึกอบรม ซึ่งคำตัดสินของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลถือเป็นข้อยุติ

ลงชื่อ .....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....