



แบบคัดกรองตนเอง

- ชื่อ - นามสกุล อายุ ปี
- ที่อยู่
- เพศ หญิง ชาย หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
- ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่
 ไข้ อ่อนเพลียร่างกาย องศาเซลเซียส ไอ/จาม เจ็บคอ
 มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก
 ไม่มีอาการเหล่านี้ ไม่มีโรคประจำตัว
 มีโรคประจำตัว (หากมี โปรดระบุ

5. ข้อมูล Time line ระหว่างวันที่ 28 พ.ย. - 4 ธ.ค.64 (กรอกข้อมูลตามความจริง)

วัน/เดือน/ปี	กรอกข้อมูลรายละเอียด
28 พ.ย.64	
29 พ.ย.64	
30 พ.ย.64	
1 ธ.ค.64	
2 ธ.ค.64	
3 ธ.ค.64	
4 ธ.ค.64	

ลงชื่อ ผู้คัดกรอง
(.....)

ลงชื่อ จันท.คัดกรอง
(.....)