



แบบคัดกรองคนไข้ก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อคัดกรองคนไข้เข้ารับบริการทันตกรรมทำให้เกิดความปลอดภัยแก่คนไข้และผู้เกี่ยวข้อง

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ(ระบุชัดเจน).....เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมายลงในช่อง

- | | มี | ไม่มี |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ท่านมีประวัติเหล่านี้หรือไม่ | | |
| 1.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 ประวัติเดินทางจากต่างประเทศในช่วง 2 สัปดาห์ก่อน
ถ้ามี จากประเทศ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 ประวัติที่เกี่ยวข้องหรือมาจากบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ประวัติป่วยด้วยโรค COVID – 19 และได้รับการรักษาหายแล้วไม่เกิน 30 วัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ | มี | ไม่มี |
| 2.1 มีไข้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 ไอ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 มีน้ำมูก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 เจ็บคอ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 จมูกไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นลดลง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 ลิ้นไม่รู้รสหรือลิ้นรับรสลดลง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. วัตถุประสงค์หุ้ร่างกาย(โดยเจ้าหน้าที่คลินิกได้).....องศาเซลเซียส | | |

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)