**แบบคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID – 19 สำหรับผู้มาติดต่อราชการ**

\*\* กรุณาให้ข้อมูลตามความจริงเพื่อประโยชน์ของท่าน และเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อส่วนรวม \*\*

ชื่อ – สกุล อายุ ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์

**รายละเอียดการเข้ามาติดต่อราชการอื่น ๆ** หมายเลขคดีดำ

ติดต่อราชการเรื่อง สถานที่/ห้องพิจารณา

**ข้อ 1** **การได้รับวัคซีนโควิด-19** **(ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป)**

🞎 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม และได้รับการฉีดกระตุ้นแล้ว

🞎 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม

🞎 ได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1 เข็ม

🞎 ไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19

**ใช่ ไม่ใช่**

**ข้อ 2 ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่**

2.1 มีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 🞎 🞎

ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก

2.2 มีไข้ 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป 🞎 🞎

2.3 เป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 🞎 🞎

**ข้อ 3 ท่านมีประวัติเหล่านี้หรือไม่** **(ภายในระยะเวลา 14 วันที่ผ่านมา)**

3.1 เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดต่อเนื่องของโควิด-19 🞎 🞎

3.2 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโควิด-19🞎 🞎

3.3 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้อยู่ระหว่างการกักตัวสอบสวนโรค 🞎 🞎

3.4 มีประวัติเกี่ยวข้องกับบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) 🞎 🞎

3.5 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือทำงานในสถานกักกันโรค 🞎 🞎

3.6 มีประวัติติดเชื้อโควิด-19แต่รักษาหายแล้ว 🞎 🞎

ระบุวันที่รักษาหาย...........................................

ลงชื่อ.........................................ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.........................................ผู้คัดกรอง

**การแปลผล**

**มีความเสี่ยง**

(1) ตอบใช่ในข้อ 2 จำนวน 2 ข้อ ขึ้นไป

(2) ตอบใช่ข้อใดข้อหนึ่งใน ข้อ 2 ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งใน ข้อ 3 จำนวนตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป

**ไม่เสี่ยง**

ไม่เข้าตามเกณฑ์มีความเสี่ยงข้างต้น