

แบบคัดกรองโรค
สำหรับการฝึกภาคสนาม นศท. ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

หน่วย ศฝ.นศท.มทบ.๑๒

๑. ชื่อ-สกุล.....ชั้นปีที่..... เกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....หมู่โลหิต.....
โรคประจำตัว (ถ้ามี).....
ยาที่ใช้ (ถ้ามีให้นำมาติดตัวมาด้วย).....
ประวัติการแพ้ยา (ถ้ามี).....
ท่านมีอาการก่อนเข้ารับการฝึก ดังต่อไปนี้

อาการ/ป่วย	ไม่มี	มี (วันที่เริ่มอาการ)	รายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)
ไข้ (ต้องเปลี่ยนผลัด)			
ไอ			
เจ็บคอ			
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ			
ปวดศีรษะมาก			
เหนื่อยเพลีย			
มีน้ำมูก			
อื่นๆ.....			

๒. ผู้ปกครองที่ติดต่อกับได้ ๒ คน (ผู้ปกครองกรุณาเขียนเพื่อรับทราบด้วยตนเอง)

๒.๑ ชื่อ.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....

๒.๒ ชื่อ.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....

๓. ผกท./ครูผู้ดูแล ชื่อ.....โทรศัพท์.....
ชื่อโรงเรียน.....

ส่วนของเจ้าหน้าที่ (หาก นศท.มีโรคประจำตัว/กลุ่มเสี่ยง ให้ผูกผ้า เหลือง/แดง ที่อินทนูด้านซ้าย)
ผลการวัดอุณหภูมิประจำวัน (ตามห้วงเวลาที่เข้ารับการฝึก)

ห้วงเวลา	วันแรก	วันที่ ๒	วันที่ ๓	วันที่ ๔	วันที่ ๕	วันที่ ๖	วันที่ ๗
เช้า							
เย็น							

หมายเหตุ ให้ นศท. พกติดตัวเพื่อบันทึกผลการตรวจอุณหภูมิและเป็นข้อมูลพื้นฐาน