

แบบสอบถามโรคไข้หวัดใหญ่

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
 อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.
 ภูมิสำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.
 ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีเด็กอายุ < 15 ปี).....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย.....	วันที่มาโรงพยาบาล.....	ชื่อโรงพยาบาล.....
การวินิจฉัยโรค	① ปอดอักเสบ (pneumonia)	② อื่น ระบุ.....
ประเภทผู้ป่วย	① ผู้ป่วยนอก	② ผู้ป่วยใน
ผลการรักษา	① กำลังรักษา	② หาย วันที่จำหน่าย
	① ตาย วันที่.....	④ ส่งต่อ ระบุ.....

3. อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

ไอ	① มี ② ไม่มี	หนาวสั่น	① มี ② ไม่มี
ไอ	① มี ② ไม่มี	อ่อนเพลีย	① มี ② ไม่มี
เจ็บคอ	① มี ② ไม่มี	ปวดศีรษะ	① มี ② ไม่มี
คัดจมูก	① มี ② ไม่มี	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	① มี ② ไม่มี
		เชื่อบุตาอักเสบ	① มี ② ไม่มี

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ว/ด/ป/ ที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ
Throat swab culture		
Serology		
ซีรัมระยะเฉียบพลัน		
ซีรัมระยะพักฟื้น		

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 3 วันก่อนป่วย มีผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในครอบครัว หรืออยู่บ้านติดกัน / ละแวก

บ้านเดียวกัน หรืออยู่ในห้องเรียนหนังสือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือไม่

① มี ระบุ ② ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

5.2 ในระยะ 3 วันก่อนป่วยมีการเดินทางไปพักผ่อนที่อื่นหรือไม่

① มี สถานที่ไปพัก.....จังหวัด.....ประเทศ.....

วันที่เดินทางกลับ.....เดินทางโดยพาหนะ.....

มีผู้เดินทางหรือพักร่วมในกลุ่มเดียวกันที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือไม่

② ไม่มี

① มี จำนวน.....คน ดังนี้

1. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....

② ไม่มี

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ในระยะ 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัว หรืออยู่บ้านติดกัน / ละแวกบ้านเดียวกันหรืออยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือไม่

① มี ระบุ ② ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....