

แบบสอบถามไข้ไม่ทราบสาเหตุ/ไข้ที่ไม่พบความผิดปกติ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ศาสนา.....

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ป่วย วินิจฉัย	<input type="checkbox"/> ไม่ป่วย
วันเริ่มป่วย.....	วันที่มาโรงพยาบาล.....	วันที่จำหน่าย.....
ผลการรักษา <input type="checkbox"/>	กำลังรักษา <input type="checkbox"/>	หาย <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

อาการ/ระบบ	รายละเอียด	วันเริ่มมีอาการ
ไข้		
ทางเดินหายใจ		
ทางเดินอาหาร		
ระบบหลอดเลือด		
ระบบประสาท		
กระดูกเนื้อเยื่อ		
ระบบสืบพันธุ์		
ระบบหู คอ จมูก ตา		
ผิวหนัง		

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
CBC			
UA			
Stool			
Blood			
Serology			
X-ray			
BM			
Lymph Node			

4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะ	วันที่เริ่มให้	วิธีการให้	ผลการรักษา

5. ประวัติการสัมผัสโรค/แหล่งรังโรค

5.1 ในระยะ 30 วันก่อนมีไข้ เดินทางไปที่ใด

มี ระบุ ... ไม่มี

สถานที่เดินทางไป	ระยะเวลา

5.2 ในระยะ 30 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ในระยะเวลา 7 วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน มีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....