

แบบสอบถามโรคคุดทะราด

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วย วินิจฉัย ไม่ป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

แผลนูนขึ้น	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				ปวดกระดูก	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
แผลดอกกระดาษ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				กระดูกถูกทำลาย	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					มี	ไม่มี	ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ดูเชื้อ	Dark field			
น้ำเหลือง	VDRL			
น้ำเหลือง	FTA-ABS			

4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะ	วิธีการให้	วันที่เริ่มให้	ระยะที่ให้	ผลการรักษา
Penicillin				

5. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในระยะ วันก่อนป่วย เดินทางไปที่ใด

มี ระบุ ... ไม่มี

สถานที่เดินทางไป	ระยะเวลา

5.2 ในระยะ วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

6.1 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	การรับยาป้องกัน

6.2 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในชุมชนหรือละแวกบ้านผู้ป่วย สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	การรับยาป้องกัน

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....