

แบบสอบถามโรคเรื้อน

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.

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียนหมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย

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

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

ผิวหนังมีวงต่าง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> Ulnar N.โต2ข้าง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผิวหนังนูนแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ผิวหนังตึงรั้ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกร้าว (ขา)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> นิ้วมือพิการ/กุด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผม/ขนร่วง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> นิ้วเท้าพิการ/กุด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
รอยโรคที่ผิวหนัง	AFB			

4. การรักษา

ยา	วิธีการให้	วันที่เริ่มให้	ระยะที่ให้	ผลการรักษา

5. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในระยะเวลา 5 ปีก่อนป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	เชื้อของโรค	วันรักษา	สถานที่รักษา/ยา

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

6.1 มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ได้รับการตรวจผิวหนัง (ตำแหน่ง/เมื่อ)	ผลการตรวจ ผิวหนัง

6.2 มีคนที่อยู่ในชุมชนหรือละแวกบ้านผู้ป่วย สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	ได้รับการตรวจผิวหนัง (ตำแหน่ง/เมื่อ)	ผลการตรวจ ผิวหนัง

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....