



## แบบคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม ทำให้เกิดความปลอดภัยแก่คนไข้และผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้การรักษาทางทันตกรรมขึ้นอยู่กับประวัติเพิ่มเติมและดุลยพินิจของทันตแพทย์

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี  
โรคประจำตัว / การแพ้ยา หรือแพ้อาหาร / การตั้งครรภ์.....  
อาชีพ(โปรดระบุรายละเอียด).....เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ท่านมีประวัติเหล่านี้หรือไม่ (ภายในระยะเวลา 14 วันที่ผ่านมา)                               | มี                       | ไม่มี                    |
| 1.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โรคโควิด-19.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 มีประวัติเกี่ยวข้องกับบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster)/พื้นที่ควบคุมสูง..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 มีประวัติเดินทางจากต่างประเทศ/จังหวัด (ถ้ามีโปรดระบุ.....)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 มีประวัติเกี่ยวข้องหรือไปในสถานที่ชุมนุม หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่   | มี                       | ไม่มี                    |
| 2.1 มีไข้.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 ไอ.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 มีน้ำมูก.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 เจ็บคอ.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 จมูกไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นลดลง.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 ลิ้นไม่รู้สึกหรือลิ้นรับรสน้อยลง.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. มีประวัติป่วยด้วยโรค โควิด -19 แต่รักษาหายแล้ว (ระบุวันที่รักษาหาย.....)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. วัตถุประสงค์ปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ได้.....องศาเซลเซียส                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล.....  
(.....)

ลงชื่อ ผู้คัดกรอง.....  
(.....)

วันที่.....เวลาเข้า.....เวลาออก.....

\*\* หากมีประวัติป่วยด้วย โรค โควิด-19 แต่รักษาหายแล้วและทำ home isolation ครบ 1 เดือน สามารถรับการรักษาได้

(ในกรณีทันตกรรมฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ให้อยู่ในดุลยพินิจของทันตแพทย์)  
พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558

4 มกราคม 2564