

# บัตรรายงานผู้ป่วย

## แบบ รง. 506

ข่ายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบบวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
โทร. 0-2590-1787 , 0-2590-1785

เลขที่อี 0 ของ สสจ. ....
เลขที่อี 1 ของ สสจ. ....
เลขที่อี 0 ของ สสอ. ....
เลขที่อี 1 ของ สสอ. ....
เลขที่อี 0 ของ รพ./สอ....
เลขที่อี 1 ของ รพ./สอ.....

โรค

- อหิวาตโรค 01
- อุจาระร่วง 02
- อาหารเป็นพิษ 03
- มีด Dysentery, unspecified 04
  - Bacillary (Shigellosis) 05
  - Amoebic 06
- Enteric fever 07
  - Typhoid 08
  - Paratyphoid 09
- ตับอักเสบ (Hepatitis, unspecified) 10
  - A 11            D 69
  - B 12            E 70
  - C 13
- โรคตาแดง (haemorrhagic conjunctivitis) 14
- ไข้หวัดใหญ่ 15
- หัดเยอรมัน 16
- 簌ใส 17
- ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ 18
- ไข้ก้าพหลังແื่่น 19
- กล้ามเนื้ออวัยวะอ่อนปวกเปียกแบบเฉียบพลัน(AFP) 65
- โปลิโอมัยเอลิติส 20
- หัด 21
  - หัดที่มีโรคแทรก (ระบุ)..... 22
- ไข้คอตีบ 23

- ไอกรน 24
- นาดทะยักษ์ 25
  - นาดทะยักษ์ ในการกรากเกิด 53
- ไข้เจ็งกี (Dengue fever) 66
- ไข้เลือดออก (DHF) 26
- ไข้เลือดออกซ็อก (DSS) 27
- ไข้สมองอักเสบ(Encephalitis,unspecified) 28
  - Japanese encephalitis 29
- มาลาเรีย  PV  PM  PF  MIXED 30
- โรคปอดบวม (Pneumonia) 31
- วัณโรคปอด (ที่ตรวจพบเชื้อ) 32
  - เป้อหุ้มสมอง (TB. meningitis) 33
  - ระบบอื่นๆ ..... 34
- โรคเรื้อน 35
- คุกกระดะระยะติดต่อ 36
- การโรค
  - ชิฟลิส (ระบุ) ระยะ..... 37
  - หนองใน 38
  - หนองในเทียม 39
  - แผลริมอ่อน 40
  - ฝีมะวง 41
  - เริมที่อวัยวะเพศ 79
  - หูดอวัยวะเพศ และทวารหนัก 80
  - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ(ระบุ)....81
- พิษสุนัขบ้า 42
- Leptospirosis 43
- ศรีษะไทยพัส 44
- แอนแทรคซ์ 45
- ทริกโนสิส 46
- โรคจากการประชอบอาชีพ
  - ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ระบุ).....47
  - พิษจากโลหะหนัก (ระบุ).....48-49
  - พิษจากสารตัวทำลาย (ระบุ).....50
  - พิษจากแก๊สสารไฮโรเจน (ระบุ).....51
  - โรคปอดจากการประชอบอาชีพ (ระบุ)..... 64
  - โรคจากปัจจัยทางกายภาพ (ระบุ)..... 67
  - คงทุม 52
  - อาการภัยหลังได้รับวัคซีน(AEF1) (ระบุ).....
  - Hand Foot Mouth disease(HFM) 71
  - Melioidosis72
  - โรคอื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อผู้ป่วย..... H.N. .....

ชื่อบิดา – มารดาหรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี)..... อาชีพของบิดา-มารดา.....

เพศ	อายุ	ภาวะสมรส	สัญชาติ	งานที่ทำ
<input type="checkbox"/> ชาย	ปี.....	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คนไทย	
<input type="checkbox"/> หญิง	เดือน.....	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> คนต่างด้าว ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	วันที่.....(□□)	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	ระบุสัญชาติ.....	(□□)
		<input type="checkbox"/> หม้าย		

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย

บ้านเลขที่/ถนน หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด  ในเขตเทศบาล  นอกเขตเทศบาล

สถานที่ใกล้เคียง ..... (□□□)  บ้าน  อนบ.

วันที่เริ่มป่วย	วันพบผู้ป่วย	สถานที่รักษา	ประเภทผู้ป่วย
วันที่.....(□□)	วันที่.....(□□)	<input type="checkbox"/> รพ.ศุนย์ <input type="checkbox"/> คลินิกของราชการ <input type="checkbox"/> คลินิก รพ.เอกชน	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก
เดือน.....(□□)	เดือน.....(□□)	<input type="checkbox"/> รพ.ทว.ไป <input type="checkbox"/> สอ. <input type="checkbox"/> บ้าน	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน
พ.ศ.....(□□)	พ.ศ.....(□□)	<input type="checkbox"/> รพ.ชุมชน <input type="checkbox"/> รพ.ราชการใน กทม.	

สถานที่รักษา	วันที่รับรายงานของ สสจ.	วันที่รับรายงานของ สำนักระบบวิทยา
.....(□□□□□□□)	.....(□□□□□□□)	.....(□□□□□□□)

วันที่รับรายงานของ สสอ. .....(□□□□□□□) วันที่รับรายงานของ สสจ. .....(□□□□□□□) วันที่รับรายงานของ สำนักระบบวิทยา .....(□□□□□□□)

ให้ทำเครื่องหมาย x ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน ยกเว้นใน

\*นิยาม ต่างชาติประเภท 1 คือ ชาวต่างชาติที่เข้ามายางงานในประเทศไทย ไม่มีใบต่างด้าว

ต่างชาติประเภท 2 คือ ชาวต่างชาติหรือนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามารักษา ในประเทศไทย เมื่อหายแล้วกลับประเทศไทยของตน