



เลขประจำตัวสอบ.....

ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์

## แบบประเมินคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)

ชื่อ - นามสกุล : .....

ที่อยู่ปัจจุบัน : .....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ : .....

**คำชี้แจง :** ขอให้ท่านทำแบบประเมินคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงของตนเอง หรือครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความใช่ หรือ ไม่ใช่ ทั้งนี้ การปกปิดข้อมูลหรือให้ข้อมูลเท็จจะมีผลให้เกิดความเสียหายต่อตนเองและส่วนรวมมีความผิดตามกฎหมาย พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	มีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศ ภายใน 14 วัน		
2	ท่านได้รับแจ้งให้เข้าตรวจคัดกรองอาการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขหรือไม่		
3	ท่านใกล้ชิดหรือติดต่อกับผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ภายใน 14 วัน		
4	เป็นผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว , สถานที่แออัด , ตลาดสด , แพกุ้ง , แพปลา หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก		
5	เป็นบุคลากรทางการแพทย์ / ทำงานในสถานที่กักกันของรัฐ (State quarantine) / ทำงานในสถานที่กักตัวทางเลือก (Alternative state quarantine) / ทำงานในหน่วยตรวจโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID - 19)		
6	เดินทางกลับจากต่างประเทศโดยผ่านพื้นที่เสี่ยงทางชายแดน หรือเดินทางมาจากจังหวัดที่มีการระบาด ภายใน 14 วัน		
7	ท่านมีคนในบ้านเป็นโรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุ และรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น		
8	ท่านใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID - 19) โดยไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม ภายใน 14 วัน		
9	ท่านได้เข้าไปสถานที่ชุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด แพกุ้ง แพปลา ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาลขนส่งสาธารณะ (รถตู้ , รถเมล์) สถานออกกำลังกาย สถานบันเทิง พื้นที่เสี่ยงทางชายแดน หรือจังหวัดที่มีการระบาด ภายใน 14 วัน		
10	อาการอื่นที่ท่านมี (เลือกอาการได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว <input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย <input type="checkbox"/> หอบ <input type="checkbox"/> จมูกไม่ได้กลิ่น <input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส <input type="checkbox"/> อาการอื่น ๆ .....		
11	ท่านฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID - 19) <input type="checkbox"/> ฉีด 1 เข็ม <input type="checkbox"/> ฉีด 2 เข็ม <input type="checkbox"/> ฉีด 3 เข็ม <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้กับเจ้าหน้าที่เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

วันที่ ..... เดือน ..... 2564