

แบบสอบถามโรคตาแดงจากไวรัส (Viral conjunctivitis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เลือดออกที่เยื่อตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขี้ตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ							

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 วิธี ELISA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

3.2 วิธีเพาะเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

3.3 อื่น ๆ ระบุวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ได้รับยาปฏิชีวนะ ไม่ได้รับ ได้รับ (ระบุ)
วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. สถานที่รักษา
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
วันที่จำหน่าย

5. ประวัติเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง

- 5.1 อาศัยร่วมบ้านอยู่กับผู้ป่วยตาแดง ไม่มี มี ไม่ทราบ
5.2 เรียนห้องเดียวกับผู้ป่วยตาแดง ไม่มี มี ไม่ทราบ
5.3 ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยตาแดง ไม่มี มี ไม่ทราบ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์