

# แบบสอบสวนไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Pyrexia of unknown origin หรือ Fever of unknown origin : FUO)

## 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.  
 ไร่  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) .....

อาชีพผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มีประวัติไข้ ไม่มี มี

วันเริ่มป่วย ..... เวลา ..... น. วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.

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

อาการ/ ระบบ	รายละเอียด	วันเริ่มมีอาการ
ระบบหู คอ จมูก ตา		
ทางเดินหายใจ		
ทางเดินอาหาร		
ระบบไหลเวียนโลหิต		
ระบบประสาท		
กระดูกเนื้อเยื่อ		
ระบบสืบพันธุ์		
ผิวหนัง		

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
CBC			
Urine			
Stool			
Blood			
Serology			
X-ray			
Bone marrow examination			
Lymph Node			
อื่น ๆ ระบุ .....			

### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษารั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา .....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  ไม่ได้รับ  ได้รับ

ยาปฏิชีวนะ	วันที่เริ่มให้	วิธีการให้	ผลการรักษา

### 5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 30 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย

ประวัติเดินทางก่อนป่วย 30 วัน และหลังป่วย 7 วัน

1. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

2. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

3. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

4. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

5. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

สมาชิกในครอบครัว เพื่อนในโรงเรียน เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านมีอาการคล้ายผู้ป่วย จำนวน ..... คน ระบุ

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

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....