

# แบบสอบถามโรคแผลริมอ่อน (Chancroid)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....  
เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง  
HN ..... AN ..... อาชีพ .....  
ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.  
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) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี  
วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.  
การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุดมทรมุภิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที  
หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีตุ่มนูนแดงและเจ็บ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต กดเจ็บ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แผลเล็ก ๆ รวมเป็นกลุ่ม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ก้นแผลมีหนอง ขอบแผลนูน ไม่แข็ง และเจ็บ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....	

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การย้อม Gram stain หรือ Unna Papenheim  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.2 วิธี Polymerase Chain Reaction (PCR)  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....  
ผล .....

3.3 อื่น ๆ .....

#### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ..... วันที่ .....
- สถานที่รักษา ..... การวินิจฉัย ..... วันที่จำหน่าย .....
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อย
- คู่เพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
- ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี     มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....