

**แบบซักถามประวัติญาติรายบุคคลที่เข้าเยี่ยมทหารกองประจำการเพื่อการเฝ้าระวัง
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ประจำปี ผลัด วันที่เข้าเยี่ยม.....**

1	ชื่อ-นามสกุล.....			เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....		
	ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่	ซอย.....	ถนน.....		
2	ต้องการเข้าเยี่ยมทหาร ใหม่ชื่อ	ชื่อ		นามสกุล		สังกัด นฝ. (ระบุ)
		ตำบล		อำเภอ		จังหวัด
3	เดินทางมาจาก (ต้นทาง)	ตำบล		อำเภอ		จังหวัด
4	กิจกรรมที่ทำก่อนเดินทางมา ย้อนกลับไป 14 วัน					
5	1)		4).....		7)	
	2)		5)		8)	
	3)		6)		9)	
	ท่านประกอบอาชีพ		1)		2)	
6	เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	เคยป่วย	<input type="checkbox"/>	ไม่เคยป่วย	
7	มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน (เช่น พ่อแม่พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน) ของโรคมาก่อน ในช่วง 14 วันหรือไม่					
	<input type="checkbox"/>	เคยสัมผัสใกล้ชิด			<input type="checkbox"/>	ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิด
	ใคร? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> พ่อ	<input type="checkbox"/> แม่	<input type="checkbox"/> พี่		
		<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> ญาติ	<input type="checkbox"/> เพื่อน		
8	มีประวัติไปในสถานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค (ได้แก่ สถานที่ที่แออัดหรือมีชุมนุมชนคับคั่ง เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด วัด สนามกีฬา สถาบันเทิง เป็นต้น) ในช่วง 14 วันหรือไม่					
	<input type="checkbox"/>	มีไปสถานที่เสี่ยง			<input type="checkbox"/>	ไม่มีไปสถานที่เสี่ยง
	ที่ใด? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ห้าง	<input type="checkbox"/> ตลาด	<input type="checkbox"/> วัด		
		<input type="checkbox"/> สนามกีฬา	<input type="checkbox"/> สถาบันเทิง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		

**แบบซักถามประวัติกรณีเดินทางมาจากจังหวัดที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
และกรณีที่ลากลับภูมิลำเนา หรือไปราชการ หรือฝึกนอกที่ตั้งข้ามจังหวัด**

1	ยศ ชื่อ-นามสกุล.....			เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....		
	ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่	ซอย.....	ถนน.....		
		ตำบล	อำเภอ	จังหวัด		
2	เดินทางกลับมาจาก	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด		
3	กิจกรรมที่ทำก่อนเดินทางมา ย้อนกลับไป 14 วัน (ระบุ ช่วงเวลา.....)					
	1)	4).....		7)		
	2)	5)		8)		
	3)	6)		9)		
4	ท่านประกอบอาชีพ (สำหรับทหารใหม่)	1)		2)		3)
5	เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	เคยป่วย	<input type="checkbox"/>	ไม่เคยป่วย	
6	มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน (เช่น พ่อแม่พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน) ของโรคมามาก่อน ในช่วง 14 วันหรือไม่					
	<input type="checkbox"/>	เคยสัมผัสใกล้ชิด			<input type="checkbox"/>	ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิด
	ใคร? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> พ่อ	<input type="checkbox"/> แม่	<input type="checkbox"/> พี่		
	<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> ญาติ	<input type="checkbox"/> เพื่อน			
7	มีประวัติไปในสถานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค (ได้แก่ สถานที่ที่แออัดหรือมีชุมชนคนคับคั่ง เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด วัด สนามกีฬา สถาบันเป็นต้น) ในช่วง 14 วันหรือไม่					
	<input type="checkbox"/>	มีไปสถานที่เสี่ยง			<input type="checkbox"/>	ไม่มีไปสถานที่เสี่ยง
	ที่ใด? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ห้าง	<input type="checkbox"/> ตลาด	<input type="checkbox"/> วัด		
	<input type="checkbox"/> สนามกีฬา	<input type="checkbox"/> สถาบัน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ			
8	มีประวัติได้รับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ล่าสุดเมื่อใด (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		<input type="checkbox"/>	เคยฉีด (ระบุช่วง)	<input type="checkbox"/>	ไม่เคยฉีดใน 1 ที่ผ่านมา