|  |  |
| --- | --- |
| **วันที่** | You date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วย** | | | | | | | |
| **ชื่อผู้ป่วย** | Your Name | | | | | | |
| **ความดันโลหิต** | | **SYS** | Nsys | **mmHG** | **DIA** | Ndia | **mmHG** |
| **P.R.** | Npr | **ครั้ง/นาที** | **อุณหภูมิ** | cc | **°C** |

|  |
| --- |
| **แบบคัดกรองโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร** |

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ**

**การปกปิดหรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **แบบคัดกรองโรคติดเชื้อ** | | |
| **โรคไข้หวัด** | **โรควัณโรค** | **โรคเริมและงูสวัด** |
| ( ) ไม่มีอาการ  ( ) 1.มีไข้ (อุณหภูมิ > 37.5 °C)  ( ) 2.ไอ จาม มีน้ำมูก  ( ) 3.มีเสมหะ เจ็บคอ  ( ) 4.ปวดศีรษะ  ( ) 5.มีอ่อนเพลีย  ( ) 6.ปวดกล้ามเนื้อ | ( ) ไม่มีอาการ  ( ) 1.ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์  ( ) 2.ไอมีเลือดปน  ( ) 3.น้ำหนักลด 3-5 กก/เดือนโดย  ไม่ทราบสาเหตุ  ( ) 4.ไข้ตอนบ่ายเกิน 2 สัปดาห์  ( ) 5.มีเหงื่อออกกลางคืนใน 1 เดือน  ( ) 6.มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค  ( ) 7.กำลังรักษาโรควัณโรค  (ระยะเวลาในการรักษา ) | ( ) ไม่มีอาการ  ( ) 1.มีตุ่มน้ำที่ริมฝีปาก  ( ) 2.แผลที่มีอาการเจ็บแสบร้อน  ที่ริมฝีปาก  ( ) 3.มีตุ่มน้ำใสเป็นแนวยาวตาม  ผิวหนังร่างกาย  ( ) 4.รู้สึกเจ็บแปลบบริเวณผิวหนัง  ( ) 5.รู้สึกคัน ปวดแสบ ปวดร้อน  บริเวณผิวหนัง  ( ) 6.มีประวัติเคยเป็นเริมหรืองูสวัด |
| ประวัติผู้ป่วยวัณโรค  ( ) เคยมีประวัติเป็นโรควัณโรคและมีใบรับรองแพทย์  ว่าไม่พบเชื้อ ระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน |
| สงสัยโรคไข้หวัด เมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ | สงสัยวัณโรคเมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ | สงสัยโรคเริม เมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย  2 ข้อ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบคัดกรองโรคไม่ติดเชื้อ** | | | | | |
| ( ) โรคความดันโลหิตสูง | | | ( ) โรคเบาหวาน | ( ) โรคหัวใจ | ( ) โรคไทรอยด์ |
| ( ) เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) | | | | ( ) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | |
| ( ) สตรีมีครรภ์ อายุครรภ์ |  | เดือน | | | |

ลงชื่อ................................................................ผู้ป่วย

(......................................................)

เบอร์ติดต่อ.................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 2 สำหรับอาจารย์ทันตแพทย์ นิสิตทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่** | | | | |
| **ประเภทผู้ป่วย** | ( ) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (สีม่วง) | |  |  |
| **ความเร่งด่วนในการรักษา** | ( ) emergency (สีม่วง) | ( ) urgent (สีส้ม) | | ( ) non-urgent (สีเขียว) |