**แบบคัดกรองโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร**

วันที่............................................

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วย**

ชื่อผู้ป่วย....................................................................นามสกุล...........................................................

ความดันโลหิต SYS……………mmHg DIA……………mmHg

P.R………….ครั้ง/นาที อุณหภูมิ………..°C

**แบบคัดกรองโรคติดเชื้อ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **โรคไข้หวัด**  ( ) ไม่มีอาการ  ( ) 1. มีไข้ (อุณหภูมิ > 37.5 C).  ( ) 2. ไอ จาม มีน้ำมูก  ( ) 3. มีเสมหะ เจ็บคอ  ( ) 4. ปวดศีรษะ  ( ) 5. มีอ่อนเพลีย  ( ) 6. ปวดกล้ามเนื้อ | **โรควัณโรค**  ( ) ไม่มีอาการ  ( ) 1. ไอเรื้อรัง เกิน 2 สัปดาห์  ( ) 2. ไอมีเลือดปน  ( ) 3. น้ำหนักลด 3-5 กก/เดือน  โดยไม่ทราบสาเหตุ  ( ) 4. ไข้ตอนบ่าย เกิน 2 สัปดาห์  ( ) 5. มีเหงื่อออกกลางคืนใน 1 เดือน  ( ) 6. มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค  ( ) 7. กำลังรักษาโรควัณโรค  (ระยะเวลาในการรักษา...........................)  ประวัติผู้ป่วยวัณโรค  ( ) เคยมีประวัติเป็นโรควัณโรคและมีใบรับรองแพทย์ว่าไม่พบเชื้อ ระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน | **โรคเริมและงูสวัด**  ( ) ไม่มีอาการ  ( ) 1. มีตุ่มน้ำที่ริมฝีปาก  ( ) 2. แผลที่มีอาการเจ็บ  แสบร้อนที่ริมฝีปาก  ( ) 3. มีตุ่มน้ำใสเป็นแนวยาวตามผิวหนังร่างกาย  ( ) 4. รู้สึกเจ็บแปลบบริเวณผิวหนัง  ( ) 5. รู้สึกคัน ปวดแสบ ปวดร้อนบริเวณผิวหนัง  ( ) 6. มีประวัติเคยเป็นเริมหรืองูสวัด |
| สงสัยโรคไข้หวัด เมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ | สงสัยวัณโรคเมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ | สงสัยโรคเริม เมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ |

**แบบคัดกรองโรคไม่ติดเชื้อ**

( ) โรคความดันโลหิตสูง ( ) โรคเบาหวาน ( ) โรคหัวใจ ( ) โรคไทรอยด์

( ) เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเคยมีอาการ ( ) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

( ) สตรีมีครรภ์ อายุครรภ์ ......... เดือน

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ**

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

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

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

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

**———————————————————————————————————————————————————-**

**ส่วนที่ 2 สำหรับอาจารย์ทันตแพทย์ นิสิตทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่**

**ประเภทผู้ป่วย** **( )** ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (สีม่วง)

**ความเร่งด่วนในการรักษา** **( )** emergency (สีแดง) **( )** urgent (สีส้ม) **( )** non urgent (สีเขียว)