

ข้อมูลพื้นฐานสำหรับชาวต่างชาติที่รับการยืนยันว่าป่วย/ระบียบกรอกแบบสอบถามการระบาดวิทยาเชิงลึก

☐ การสอบสวนทางระบาดวิทยา และ หลักพื้นฐานในการกรอกข้อมูล

- สำหรับชาวต่างชาติที่ได้รับยืนยันว่าติดเชื้อโควิด¹⁹ ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาเกาหลีได้
- ประการแรกเจ้าตัวจะต้องกรอกข้อมูลที่จำเป็น ‘เบื้องต้น’ การสำรวจการระบาดวิทยาเชิงลึก’
 - รายการที่ปิดบัง ที่จำเป็นต้องบันทึก (รวมทั้งหมด 21 รายการ : ส่วนที่ปิดบัง)
- เจ้าหน้าที่สถานอนามัย ตรวจสอบ ยืนยันเพิ่มเติม ด้วยความช่วยเหลือของล่าม

☐ ข้อควรระวังในการกรอกข้อมูลที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน / การตรวจสอบการระบาดวิทยาในส่วนลึก

1.ประวัติส่วนตัว -1.2 กรณีที่ไม่มี หมายเลขบัตรประจำตัวต่างชาติ : บันทึกข้อมูลใน ช่องด้านหน้าใส่ ‘วันเดือนปี’ ช่องด้านหลังใส่ ‘5000000’

* (งานของศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ) ใส่ข้อมูล ตัวเลขแรกที่อยู่ด้านหลัง :5 (ผู้ชายต่างชาติที่เกิดปี 1900), 6(ผู้หญิงต่างชาติที่เกิดปี 1900), 7(ผู้ชายต่างชาติที่เกิดปี 2000), 8 (ผู้หญิงที่เกิดปี 2000)

- 1.5 ที่อยู่อาศัย : ที่อยู่ปัจจุบัน-

- 1.7 อาชีพ : บันทึก ชื่อบริษัท หรือ ชื่อโรงเรียน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์

2. อาการ และ โรคประจำตัว

- 2.1 มีหรือไม่มีอาการ, 2.2 วันที่เริ่มมีอาการ, 2.3 ต้องตรวจสอบการสิ้นสุดของอาการเบื้องต้น

3. ลักษณะพิเศษของผู้ติดเชื้อ

- 3.2 การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ : จัดบันทึก ตั้งแต่ก่อนเริ่มจะมีอาการ 14วันจนถึงปัจจุบัน ชื่อของผู้ติดเชื้อที่เจอ, ความสัมพันธ์

- 3.4 อื่นๆ : กรอกข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเส้นทางของการติดเชื้อ

4. กลุ่มที่เคยใช้บริการจากสถานอำนวยความสะดวก

- บันทึกชื่อสถานที่พักอาศัยกินและนอน ตั้งแต่ก่อนเริ่มจะมีอาการ 14วันจนถึงปัจจุบัน

5. จากครอบครัว และ ผู้ที่ติดเชื้อจากกลุ่มที่ใช้สถานที่อำนวยความสะดวก

- ระบุผู้ติดเชื้อที่เกิดติดจากครอบครัวที่เริ่มมีอาการตั้งแต่ 2วัน จนถึงปัจจุบัน, กลุ่มผู้ใช้สถานที่อำนวยความสะดวก, จากสถาบันทางการแพทย์

- ในแต่ละสถานที่อำนวยความสะดวก ให้เขียนที่อยู่และขนาดของการติดเชื้อ

แบบสำรวจพื้นฐานการระบาดวิทยา(ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ)

ผู้สอบ ถาม	เขตที่รับผิดชอบ		เบอร์โทรศัพท์	(สำนักงาน)	หน่วยงานที่รับ แจ้ง (ชื่อสถานีกา มัย, สถาบันการแพ ทย์)	
	สถานีอนามัยที่สำรวจ		พท์	(มือถือ)		
	ชื่อผู้สำรวจ		วันที่สำรวจ	ปี เดือน วัน		

หมายเลข ข ยืนยัน	※มอบให้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค)	สถานที่ ตรวจ		แยกประเภ ท และ สถานที่	<input type="checkbox"/> บ้านตนเอง, <input type="checkbox"/> สถานที่อำนวยความสะดวก, <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล (ชื่อสถานที่) :
วันที่ยืนยัน	ปี เดือน วัน	วันที่ตรวจ	ปี เดือน วัน	วันที่เริ่มกัก กันตัว	ปี เดือน วัน

1. ประวัติส่วนตัว(รายการที่เกี่ยวข้อง	✓	ระบุ หรือ เขียน)
---------------------------------------	---	------------------

1.1 ชื่อนามสกุล			1.2 บัตรประจำตัวคนต่างชาติด	วันเดือนปีเกิด	หมายเลขพิเศษ	1.3 เพศ	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
1.4 สัญชาติ	<input type="radio"/> ในประเทศ <input type="radio"/> ต่างประเทศ ()		1.5 ที่พักอาศัย				
1.6	ผู้ป่วย		1.7 อาชีพ (ชื่อบริษัท, โรงเรียน, อื่นๆ)	<input type="radio"/> มี (สถานที่พัก : / ที่อยู่ : / เบอร์โทรศัพท์ :) <input type="radio"/> ไม่มี			
หมายเลขโทรศัพท์	ผู้ดูแล						
1.8 เจ้าหน้าที่สถานประกอบการแพทย์	<input type="radio"/> มีความเกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> หมอ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (รังสีแพทย์, ผู้ช่วยพยาบาล, ดูแลผู้ป่วยโดยตรง, ขนย้ายผู้ป่วย, นอกเหนือจาก) <input type="radio"/> ไม่มีความเกี่ยวข้อง						
1.9 ผู้พิการที่ลงทะเบียน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่	1.10 ประเภทความพิการ	<input type="checkbox"/> ร่างกาย <input type="checkbox"/> จิตใจ อื่นๆ	1.11 ระดับความพิการ	<input type="checkbox"/> อาการรุนแรง <input type="checkbox"/> อาการไม่รุนแรง		

2. อาการ และ โรคประจำตัว (ที่มีความเกี่ยวข้อง) ☒ ระบุ หรือ เขียน)

2.1 มีหรือไม่มีอาการ (ได้รับการยืนยัน จำนวนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน)	<input type="radio"/> มี (2.2, 2.3 เขียน)	<input type="radio"/> ไม่มี	2.2 วันที่เริ่มมีอาการ	ปี เดือน วัน	
2.3 อาการเริ่มแรก	<input type="checkbox"/> ใช้ (รวมถึงการร้องเรียนส่วนตัว) <input type="radio"/> มี (____. °C) <input type="radio"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> อาการทางเดินหายใจ <input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> ไอ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เสมหะ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ยกเว้น อาการทางเดินหายใจ <input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ปวดหัว <input type="checkbox"/> อาการหนาวสั่น <input type="checkbox"/> รสชาติสูญเสียไป <input type="checkbox"/> ประสาทรับกลิ่นหายไป <input type="checkbox"/> อื่นๆ ()	<input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ <input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> ถ่ายภาพหน้าอก (CT/Xray) <input type="radio"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช้	
2.4 โรคประจำตัว	<input type="radio"/> ใช้ (โรคประจำตัว:) <input type="radio"/> ไม่ใช้			2.5 ตั้งครรภ์	<input type="radio"/> ใช้ (สปีด) <input type="radio"/> ไม่ใช้
2.6	<input type="checkbox"/> รักษาทั่วไป <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยหายใจ (สายช่วยหายใจ, หน้ากาก)			2.7 สับสนหรือหิวหรือไม่	<input type="radio"/> ปัจจุบันสับสนหรือ

สภาพการรักษา(ในช่วงเวลาที่ยื่น)	<input type="checkbox"/> การช่วยหายใจระหว่างตรวจสอบ <input type="checkbox"/> การจัดหาออกซิเจนจากเยื่อหุ้มเซลล์ภายนอก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ระหว่างตรวจสอบ <input type="checkbox"/> อื่นๆ()		<input type="radio"/> อดดีสูบบุหรี่ <input type="radio"/> ไม่สูบบุหรี่	
2.8 ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ α	ห้องปฏิบัติการ RdRp สารพันธุกรรมยีน E สารพันธุกรรมยีน N สารพันธุกรรมยีน			
2.9 ขั้นตอนการตรวจสอบ	<input type="radio"/> วินิจฉัยด้วยตนเอง <input type="radio"/> ความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ <input type="radio"/> ประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ <input type="radio"/> เกิดจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับการระบาดวิทยา <input type="radio"/> ครอบครัว หรือ คนรู้จัก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยัน			
2.10 การฉีดวัคซีนโควิด-19	<input type="checkbox"/> ฉีดวัคซีน <input type="checkbox"/> สถานที่ฉีดวัคซีน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ (ในประเทศ(ชื่อสถานที่):) (ต่างประเทศ(ประเทศ):)	ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ไฟเซอร์ <input type="checkbox"/> โมเดอร์นา <input type="checkbox"/> แอสตราเซนเนกา <input type="checkbox"/> แจนส์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ครั้งที่ 2 <input type="checkbox"/> ไฟเซอร์ <input type="checkbox"/> โมเดอร์นา <input type="checkbox"/> แอสตราเซนเนกา <input type="checkbox"/> แจนส์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	ปี เดือน _____ วันที่ _____ ปี เดือน _____ วันที่ _____
3. เส้นทางของการติดเชื้อโดยประมาณ (ก่อนเริ่มมีอาการ 14 วันจนถึงปัจจุบัน, <input checked="" type="checkbox"/> ระบุ หรือ เขียน)				
3.1 เดินทางไปต่างประเทศ(ประเทศที่เข้าพัก)	<input type="radio"/> มี (ชื่อประเทศ _____, วันที่เดินทางมาถึง: ปี _____ เดือน _____ วัน _____)		<input type="radio"/> ไม่มี	
3.2 สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ	<input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> ครอบครัว(คนที่อยู่ด้วย) ผู้ติดเชื้อ, ชื่อ: _____ หมายเลขผู้ติดต่อ: ความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ครอบครัว(คนที่อยู่ด้วย) นอกจาก ผู้ติดเชื้อ, ชื่อ: _____ หมายเลขผู้ติดต่อ: ความสัมพันธ์ <input type="radio"/> วันที่ติดครั้งล่าสุด ปี _____ เดือน _____ วัน _____		<input type="radio"/> ไม่มี	
3.3 เกี่ยวกับการระบาดของโรค	<input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> ครอบครัว(คนที่อยู่ด้วย) <input type="checkbox"/> สถาบันการแพทย์ _____ เกี่ยวกับศาสนา _____ <input type="checkbox"/> สถานที่พักพื้น สถานดูแลสุขภาพจิต _____ <input type="checkbox"/> โรงเรียน _____ อื่นๆ _____		<input type="radio"/> ไม่มี	
3.4 อื่นๆ				
3.5 ผู้ติดเชื้อ ※ ตรวจสอบ เมือง/เขตภูมิภาค (เรียงตามลำดับความสำคัญ)	1. หมายเลขผู้ติดต่อ: _____ ชื่อ: _____ ความสัมพันธ์: _____ สถานที่ติดต่อ: _____ วันที่ติดครั้งแรก: _____ วันที่ติดครั้งสุดท้าย: _____ 2. หมายเลขผู้ติดต่อ: _____ ชื่อ: _____ ความสัมพันธ์: _____ สถานที่ติดต่อ: _____ วันที่ติดครั้งแรก: _____ วันที่ติดครั้งสุดท้าย: _____ 3. หมายเลขผู้ติดต่อ: _____ ชื่อ: _____ ความสัมพันธ์: _____ สถานที่ติดต่อ: _____ วันที่ติดครั้งแรก: _____ วันที่ติดครั้งสุดท้าย: _____			
4. การใช้สถานที่อำนวยความสะดวก(สถาบันการแพทย์, สถานอำนวยความสะดวก อื่นๆ) (ก่อนเริ่มมีอาการ 14 วันจนถึงปัจจุบัน, <input checked="" type="checkbox"/> ระบุ หรือ เขียน)				
<input type="radio"/> มี (สถานที่ชื่อสถานที่: <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการเข้า(โรงพยาบาล) (วันที่เข้าพัก: ปี _____ เดือน _____ วัน _____) <input type="checkbox"/> ออกจาก(โรงพยาบาล) (วันที่ออก: ปี _____ เดือน _____ วัน _____) <input type="radio"/> ไม่มี				
5. ติดจากครอบครัว(คนที่อยู่ด้วยกัน) และสถานที่พักอำนวยความสะดวก(ติดจากครอบครัวหรือจากสถานที่อำนวยความสะดวก ตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการวันแรกจนถึงปัจจุบัน, <input checked="" type="checkbox"/> ระบุ หรือ เขียน)				
5.1 ติดจากครอบครัว(คนที่อยู่ด้วยกัน)	<input type="radio"/> มี (จำนวนคน: _____ คน)		<input type="radio"/> ไม่มี	
5.2 ติดจากสถานที่อำนวยความสะดวก(ศาสนา, สถานที่พักพื้น, สถานดูแลสุขภาพจิต, โรงเรียน, สถาบันกวดวิชาอื่นๆ)	<input type="radio"/> มี (ชื่อสถานที่พักอำนวยความสะดวก: _____, จำนวนคน: _____ คน)		<input type="radio"/> ไม่มี	
5.3 ติดจากสถาบันการแพทย์	<input type="radio"/> มี (สถาบันการแพทย์: _____, จำนวนคน: _____ คน)		<input type="radio"/> ไม่มี	
6. จัดหมวดหมู่ ผลลัพธ์ ※เขตเมือง/เขตภูมิภาค ตรวจสอบ				
6.1 แบ่งออกเป็นขนาดใหญ่	<input type="radio"/> เข้ามาจากต่างประเทศ <input type="radio"/> เกี่ยวกับการเข้ามาจากต่างประเทศ <input type="radio"/> สถานที่พักพื้น <input type="radio"/> กลุ่ม อื่นๆ <input type="radio"/> ติดจากผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ <input type="radio"/> ไม่ได้ระบุ			

6.2 แบ่งออกเป็นขนาดก กลาง	
6.3 หมายเหตุ	

2020.00.00.(วัน).00 เวลา

ผู้ที่ได้รับการตรวจโรค เรียบร้อยแล้ว	ชื่อ	หมายเลขบัตรประจำตัวต่างชาติ(พาสปอร์ต)			
ที่พักอาศัย:					
<ข้อมูลคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน>					
ความสัมพันธ์	ชื่อ	หมายเลขโทรศัพท์	อาชีพ		
<ข้อมูลอาชีพ>					
ชื่อบริษัท	ประเภทของงาน	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์		
<ข้อมูลส่วนตัว อื่นๆ>					
- บัตรเครดิต:หมายเลขบัตร /บริษัท การ์ด / ชื่อผู้ใช้ - โทรศัพท์มือถือ:สำนักงานผู้ให้บริการ / ชื่อผู้ใช้					
<เส้นทางการติดเชื้อโดยประมาณ>					
<ระยะเวลาเคลื่อนที่>					
วันที่และเวลา (วันในสัปดาห์)	สถานที่ (เขตที่ตั้ง, ชื่ออาคาร)		วิธีการเคลื่อน ที่ (เดิน,รถส่วนตัว, จักรยาน)	สถานการณ์ (ทำอะไรอยู่กับใครที่ไหนอย่างไร)	ลักษณะพิเศษของผู้ติดเชื้อ (ชื่อ,ความสัมพันธ์, หมายเลขโทรศัพท์)