

แบบสอบถาม สำหรับคัดกรองโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19)  
(SCREENING QUESTIONNAIRE COVID-19)

ขอความร่วมมือท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นความจริง เพื่อประโยชน์ในการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

We need your help in providing the most accurate and truthful medical statement in order for us to treat and prevent spreading of the disease effectively.

1	ชื่อ/Name	โทร/Tel:
	<input type="checkbox"/> ผู้ถือหุ้นหรือผู้รับมอบฉันทะ/shareholder or proxy	<input type="checkbox"/> ผู้ติดตาม/Escort

2	ในปัจจุบันคุณมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุ: (Do you currently have any of the following symptoms? Tick all that apply:)	
	1. ไอ/ เจ็บคอ (Cough/ Sore Throat)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	2. มีน้ำมูก (Runny Nose)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	3. หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก (Shortness of Breath/Difficulty breathing)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
	4. คุณมีอาการใดๆที่มีอยู่ซึ่งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของคุณอ่อนแอลง (Do you have any existing condition which weakens your immune system?)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No

3	ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาคุณเดินทาง หรือ แวะผ่าน ในประเทศ*ใดๆ ด้านล่างหรือไม่ ? โปรดระบุ (During last 14 days, have you travelled from or transited in any country* below? Please specify)	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes
	<input type="checkbox"/> China (จีน) <input type="checkbox"/> Macao (มาเก๊า) <input type="checkbox"/> Hong Kong (ฮ่องกง) <input type="checkbox"/> South Korea (เกาหลีใต้) <input type="checkbox"/> Italy (อิตาลี) <input type="checkbox"/> Iran (อิหร่าน)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No

4	ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาคุณสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่มาจากระดับพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดต่อเนื่องของโรค COVID-19 หรือ มีประวัติใกล้ชิด หรือ สัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน โรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ (During last 14 days, have you close contact those who came back from the area affected by the outbreaks of COVID-19 or history of close contact with a confirmed case of COVID-19 infection? (	<input type="checkbox"/> ใช่/Yes
	)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No

หมายเหตุ : รายชื่อประเทศอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประกาศหรือแนวทางล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานราชการอื่น

(Note: List of the affected countries is subject to change following the updated notification and/or guidelines issued by the Ministry of Public Health and/or other government agencies.)

ลายเซ็น (Signature)

5	
---	--

ฉันขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง (I confirm that information given above is true.)

สำหรับเจ้าหน้าที่ (For security officer / Authorized person)

<input type="checkbox"/> ไม่เข้าข่ายต้องสงสัย ให้รับสติกเกอร์และลงทะเบียน	<input type="checkbox"/> เข้าข่ายต้องสงสัย (มี <input checked="" type="checkbox"/> ใช่/Yes) ให้ไปพบแพทย์ที่บริษัทจัดไว้
---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------