

แบบสอบถามไข้ไม่ทราบสาเหตุ/ไข้ที่ไม่พบความผิดปกติ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง อาชีพ..... ศาสนา.....

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ① ป่วย วินิจฉัย ..... ② ไม่ป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา ① กำลังรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต ④ ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

อาการ/ระบบ	รายละเอียด	วันเริ่มมีอาการ
ไข้		
ทางเดินหายใจ		
ทางเดินอาหาร		
ระบบหลอดเลือด		
ระบบประสาท		
กระดูกเนื้อเยื่อ		
ระบบสืบพันธุ์		
ระบบหู คอ จมูก ตา		
ผิวหนัง		

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
CBC			
UA			
Stool			
Blood			
Serology			
X-ray			
BM			
Lymph Node			

**4. การรักษา**

ยาปฏิชีวนะ	วันที่เริ่มให้	วิธีการให้	ผลการรักษา

**5. ประวัติการสัมผัสโรค/แหล่งรังโรค**

5.1 ในระยะ 30 วันก่อนมีไข้ เดินทางไปที่ใด

- ① มี ระบุ ...                      ② ไม่มี

สถานที่เดินทางไป	ระยะเวลา

5.2 ในระยะ 30 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

- ① มี ระบุ ...                      ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

**6 การค้นหาผู้สัมผัสโรค**

6.1 ในระยะเวลา 7 วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน มีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

- ① มี ระบุ ...                      ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....  
 ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....