

# แบบสอบถามโรคมือ เท้า ปากเปื่อย

1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ.....

ลักษณะงานที่ทำ..... สถานที่.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น..... โรงเรียน/สถานเลี้ยงเด็ก.....

ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ..... วันที่มาโรงพยาบาล.....

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่  ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

## 1. อาการและอาการแสดง

|  |  |
|--|--|
| ไข้ <input type="checkbox"/> มี .....วัน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                         | เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ         |
| ผื่นหรือแผลที่คอหอย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                  | ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ           |
| ผื่นหรือแผลที่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ<br>กระพุ้งแก้ม/เหงือก | ชัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                |
|  | คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ             |
| ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                 | ซึม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                |
| ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                | สับสนหรือ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ<br>ระดับ |
|  | ความรู้สึก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ<br>ลดลง |
| คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                     | หมดสติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ             |
| หอบเหนื่อยง่าย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                       | อื่น ๆ ระบุ .....  |
| แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                           |  |

## 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| ชนิดตัวอย่าง | แหล่งที่เก็บ | วันที่เก็บตัวอย่าง | ผลการตรวจ | วันที่ทราบผล |
|--------------|--------------|--------------------|-----------|--------------|
|              |              |                    |           |              |
|              |              |                    |           |              |
|              |              |                    |           |              |
|              |              |                    |           |              |

#### 4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ได้พบแพทย์       พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข       อื่นๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ..... แพทย์ผู้รักษา .....
- เป็นผู้ป่วยประเภท     ผู้ป่วยนอก     ผู้ป่วยใน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU หรือไม่  
 ไม่ได้เข้า ICU       เข้า ICU

#### 5. ปัจจัยเสี่ยง

- ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วันก่อนวันเริ่มป่วย
  - ผู้ป่วยเดินทางไปต่างจังหวัดหรือไม่
  - เดินทาง ระบุจังหวัด ..... วันที่กลับ .....
  - ไม่ได้เดินทาง
  - มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือไม่  
 มี       ไม่มี
  - 1. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....  
กลับจากประเทศ..... กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อ .....
  - 2. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....  
กลับจากประเทศ..... กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อ .....

#### 6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน, ในชุมชน, ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

- ที่บ้าน  
 มี       ไม่มี  
ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....
- ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....
- ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก  
 มี       ไม่มี  
ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....
- ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....

หมายเหตุ ระยะเวลาพักตัว 3- 5 วัน

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