

แบบสอบถามโรคเรื้อน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน - - - -

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ.....

ศาสนา.....

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่	<input type="radio"/> ป่วย วินิจฉัย	<input type="radio"/> ไม่ป่วย
วันเริ่มป่วย.....	วันที่มาโรงพยาบาล.....	วันที่จำหน่าย.....
ผลการรักษา	<input type="radio"/> กำลังรักษา	<input type="radio"/> หาย <input type="radio"/> เสียชีวิต <input type="radio"/> ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ผิวหนังมีวงด่าง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> Ulnar N. โศ๒๒ข้าง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
ผิวหนังนูนแดง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ผิวหนังดิ่งรั้ง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สึ๒ (ขา)	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> นิ้วมือพิการ/๒๒	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
ผม/ขนร่วง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> นิ้วเท้าพิการ/๒๒	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
รอยโรคที่ผิวหนัง	AFB			

4. การรักษา

ยา	วิธีการให้	วันที่เริ่มให้	ระยะที่ให้	ผลการรักษา

5. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในระยะ 5 ปีก่อนป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ

ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	เชื้อของโรค	วันรักษา	สถานที่รักษา/ยา

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

6.1 มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ

ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ได้รับการตรวจผิวหนัง (ตำแหน่ง/เมื่อ)	ผลการตรวจผิวหนัง

6.2 มีคนที่อยู่ในชุมชนหรือละแวกบ้านผู้ป่วย สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ

ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	ได้รับการตรวจผิวหนัง (ตำแหน่ง/เมื่อ)	ผลการตรวจผิวหนัง

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

วันที่สอบสวน.....