



โรงเรียนเซนต์โยเซฟพิพัส

แบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับนักเรียนที่มาเรียนแบบผสมผสาน (On Site และ On Line)

วันที่ เดือน พ.ศ. 2564

ข้อมูลส่วนตัว ชื่อ-นามสกุล ชั้น ม. /..... เลขประจำตัว

ที่อยู่ปัจจุบัน แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด

ข้อมูลนักเรียนช่วง 14 วัน ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ เดือน พ.ศ. 2564

1. ระหว่าง 14 วัน ท่านเคยมีไข้ อุณหภูมิ มากกว่า หรือ เท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส

ใช่ (มีประวัติการทานยาเพื่อลดไข้) ไม่ใช่

2. มีอาการอาจมากกว่าอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น
 ลิ้นไม่รับรส หายใจเหนื่อย คอแห้ง ท้องเสีย ไม่มีอาการ

3. ไปในสถานที่เสี่ยง หรือ ต่างจังหวัด / ต่างประเทศ

ใช่ (ต่างจังหวัด / ต่างประเทศ)

จังหวัด / ประเทศ (วันที่ เดือนถึงวันที่ เดือน พ.ศ. 2564)

ไม่ได้ไปในสถานที่เสี่ยง

4. สมาชิกในบ้านมีประวัติไปในสถานที่เสี่ยง

มี ดังนี้ พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติหรืออื่นๆ โปรดระบุสถานที่

ไม่มี

ข้อมูลครอบครัวและผู้ใกล้ชิดกับนักเรียน

1. ระหว่าง 14 วัน คนใกล้ชิด บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีไข้ (อุณหภูมิมากกว่า หรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส)

ใช่ (ประวัติการทานยาเพื่อลดไข้) ไม่ใช่

2. มีอาการของระบบทางเดินหายใจ อาจมากกว่าอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจลำบาก จมูกไม่รับกลิ่น ไม่มีอาการ

3. มีประวัติการเดินทางไป หรือมาจากต่างจังหวัด / ต่างประเทศ (ตอบได้มากกว่า 1 จังหวัด / ประเทศ)

ใช่ ต่างจังหวัด / ต่างประเทศ

จังหวัด / ประเทศ (วันที่ เดือนถึงวันที่ เดือน พ.ศ. 2564)

ไม่ได้เดินทางไปต่างจังหวัด / ต่างประเทศ

4. มีประวัติการไปในสถานที่ชุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน

ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล ขนส่งสาธารณะ ชุมชนทางการเมือง

อื่นๆ ไม่ได้ไป

5. มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วย / ผู้สงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ใช่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ หรืออื่นๆ โปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

ลงชื่อ นักเรียน