

## แบบสอบสวนไข้กาผ์หลังแอ่น (Meningococcal meningitis)

| 1.   | ข้อมูลทั่วไป          |             |            |               |                 |               |            |              |
|------|-----------------------|-------------|------------|---------------|-----------------|---------------|------------|--------------|
|      |                       | 1           |            |               | ] 🗌 - 🗌 อายุ    | ปี            | เดือน เพศ  | 🗌 ชาย 🗌 หญิง |
|      |                       |             |            | อาชีพ .       |                 |               |            |              |
|      | ศาสนา                 | ุสัญ        | เชาติ      |               | หมายเลขโทร      | รศัพท์        |            |              |
|      | ที่อยู่ขณะป่วย บ้าน   | เลขที่      | ใ          | หมู่ที่ ชื่อห | มู่บ้าน/ชุมชน   |               |            |              |
|      |                       |             |            | ตำบล          |                 |               |            |              |
|      | จังหวัด               |             |            | 🗌 ในเขต       |                 |               |            |              |
|      |                       |             |            |               | แทศบาลตำบล      |               |            |              |
|      | ภูมิลำเนา เป็นที่เดีย |             |            |               |                 | 🗌 ไม่ใช่ ระบุ |            |              |
|      | บ้านเลขที่            |             |            |               |                 |               |            |              |
|      | ซอย ถนน               |             |            | ตำบล          |                 |               |            |              |
|      | จังหวัด               |             |            |               | เทศบาลนคร       |               |            |              |
|      |                       |             |            |               | แทศบาลตำบล      |               |            |              |
|      | ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง   | (กรณีผู้ป่า | วยอายุต่ำก | ว่า 15 ปี)    |                 | หมายเลขโทร    | ศัพท์      |              |
|      |                       |             |            |               |                 |               |            |              |
| 2.   | อาการและอากา          | รแสดง       | )          |               |                 |               |            |              |
|      | มือาการป่วยหรือไม     |             | ไม่มี      |               |                 |               |            |              |
|      | วันที่เริ่มป่วย       |             | เวลา       | น.            |                 |               |            |              |
|      | การตรวจร่างกายแ       | รกรับ       | อุณหภูมิเ  | าาย องศา      | าเซลเซียส       | ชีพจร         | ครั้ง/นาห์ | Ī            |
|      |                       |             | หายใจ      | ครั้ง/        | /นาที           | ความดันโลหิต  | ì          | . มม.ปรอท    |
| ไข้  | ,                     | ่ ี่มี      | ่ ไม่มี    | ่ ไม่ทราบ     | กระสับกระสาย    |               | มี 🗆 ไม่มี | ่ ไม่ทราบ    |
| ปา   | วดศีรษะ               | ่ ี่มี      | ่ ไม่มี    | ่ ไม่ทราบ     | เพ้อ (delirium) | )             | มี 🗆 ไม่มี | ่            |
| หา   | นาวสั่น               | ่ ี่มี      | 🗌 ไม่มี    | ่ ไม่ทราบ     | เขียว (cyanosis | s)            | มี □ไม่มี  | ่            |
| อา   | าเจียน                | ่ ี่มี      | ่ ไม่มี    | ่ ไม่ทราบ     | จ้ำเลือด (purp  | ura)          | มี □ไม่มี  | ่ ไม่ทราบ    |
| ผื่า | น (skin rash)         | ่ ี่มี      | ่ ไม่มี    | ่ ไม่ทราบ     | ช็อก            |               | มี 🗆 ไม่มี | ่            |
| ନ୍ତ  | อแข็ง (stiff neck)    | ่ ี่มี      | 🗌 ไม่มี    | ่ ไม่ทราบ     | อื่น ๆ          |               |            |              |

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| 3.1 | การตรว | จตัวอย่างเ                           | ลือด                                                             |   |
|-----|--------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---|
|     | 3.1.1  | การตรวจ                              | หาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)                                  |   |
|     |        | <u>ครั้งที่ 1</u>                    | วันที่ส่งตรวจ Hct % Plateletx10³ WBC                             |   |
|     |        |                                      | Neutrophil % Lymphocyte                                          | % |
|     |        |                                      | Monocyte % Other                                                 |   |
|     |        | <u>ครั้งที่ 2</u>                    | วันที่ส่งตรวจ Hct % Plateletx10³ WBC                             |   |
|     |        |                                      | Neutrophil % Lymphocyte                                          | % |
|     |        |                                      | Monocyte % Other                                                 |   |
|     | 3.1.2  | การย้อมสิ                            | สีอื่น ๆ ระบุ๋ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                 |   |
|     |        |                                      | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |   |
|     | 3.1.3  | วิธีเพาะเจ็                          | ชื้อแบคทีเรีย 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗆 ตร <sup>ิ</sup> วจ วันที่ส่งตรวจ    |   |
|     |        |                                      | ผล Serogroup                                                     |   |
|     |        | ผล Drug                              | sensitivity ระบุชื่อยา                                           |   |
|     |        |                                      | resistance ระบุ๋ชื่อยา                                           |   |
|     |        | ห้องปฏิบั                            | ัติการที่ตรวจ                                                    |   |
|     | 3.1.4  | การตรวจ                              | ทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🕒 ตรวจ ระบุวิธี                 |   |
|     |        | Single                               | e serum วันที่ส่งตรวจ Titer Titer                                |   |
|     |        | สรุปผล                               |                                                                  |   |
|     |        | Pair s                               | sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจTiterTiter                          |   |
|     |        | ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Titer Titer |                                                                  |   |
|     |        | สรุปผล                               | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |   |
|     | 3.1.5  | □ ไม่ได้ตรวจ   □ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ  |                                                                  |   |
|     |        | ผล                                   | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |   |
|     | 3.1.6  |                                      | บุ 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🛭 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                             |   |
|     |        |                                      | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |   |
| 3.2 | การตรว |                                      | น้ำไขสันหลัง (CSF)                                               |   |
|     | 3.2.1  | การตรวจ                              | านับเซลล์และชีวเคมี 🛘 ไม่ได้ตรวจ 🗎 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ            |   |
|     |        | ลักษณะข                              | ของน้ำไขสันหลัง 🗌 ขุ่น 🔲 ใส 🔲 อื่น ๆ ระบุ                        |   |
|     |        | Cell cou                             | unt                                                              |   |
|     |        |                                      | e mg/dl                                                          |   |
|     | 3.2.2  |                                      | สีแกรม (Bacterial Gram strain) 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ |   |
|     |        |                                      | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |   |
|     | 3.2.3  |                                      | สีอื่น ๆ ระบุ 🔲 โม่ได้ตรวจ 🔀 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                  |   |
|     |        |                                      |                                                                  |   |
|     | 3.2.4  |                                      | ชื้อแบคทีเรีย 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                  |   |
|     |        |                                      | ผล Serogroup                                                     |   |
|     |        |                                      | sensitivity ระบุชื่อยา                                           |   |
|     |        |                                      | resistance ระบุชื่อยา                                            |   |
|     |        | _                                    | ัติการที่ตรวจ                                                    |   |
|     | 3.2.5  | OW                                   | วทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗀 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ           |   |
|     | J.L.J  |                                      | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |   |
|     |        | ٠٠٠ ١٠٠٠                             | MONOS ONIT I ANNI 91                                             |   |

|    |                     | 3.2.6               | วิธี PCR                | 🗌 ไม่ได้ตรา                              | วจ 🗌 ตรวจ วันท์        | า<br>ใส่งตรว <sub>์</sub> | จ                                       |                         |         |
|----|---------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|---------|
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         |                         |         |
|    |                     | 3.2.7               | อื่น ๆ ระบ              |                                          | 🗌 ไม่ได้ตรว            | งจ 🖺                      | ตรวจ วันที่ส                            | เงตรวจ                  |         |
|    |                     |                     | หล                      |                                          | ทั้เ                   | องปฏิบัติ                 | ทิการที่ตรวจ                            |                         |         |
|    | 3.3                 | ตัวอย่าง            | ์<br>อื่น ๆ ระบชนิด     | ุ<br>ดตัวอย่าง                           |                        | ີ້ ລີຄີ                   | ี่เตรวจ                                 |                         |         |
|    |                     | ่                   | ัตรวจ 🗋 ตร              | วจ วันที่ส่งตร                           | วิจ                    |                           | ผล                                      |                         |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | ์<br>วิบัติการที่ตรวจ   |         |
|    | 3.4                 |                     | -                       | 1                                        | าท (Neuroimagir        |                           | ď.                                      | 1                       |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           | ่ ไม่ฉีด ผล:                            | าารตรวจ                 |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         |                         |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         |                         |         |
| 4. | การ                 | รักษา               |                         |                                          |                        |                           |                                         |                         |         |
|    | วังเพื่             | พา เย้าไวย          | I                       |                                          | เาลา ฯ                 | เ วังเพี่เ                | ท้ารับการรักษ                           | <sub>ู</sub> ปาครั้งแรก |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | จังหวัด                 |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | จังหวัด                 |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | 10 11 471               |         |
|    |                     | OM .                |                         |                                          |                        |                           |                                         |                         |         |
|    |                     |                     |                         |                                          | 🗌 ผู้ป่วยใน            |                           |                                         |                         |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | 🗌 ส่งต่อ ระบุ           |         |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         |                         |         |
|    |                     |                     | ••••••                  |                                          |                        | 71 0 17120                |                                         |                         |         |
| 5. | ปัจจ๋               | วัยเสี่ยง           | ต่อการเกิดโ             | ้รค                                      |                        |                           |                                         |                         |         |
|    | ه اجه               | ວິລີຄວະສັ           | มผัสโรค ในช่ว           | າ 10 ດັນຄ່ອງ                             | . 19 <sup>1</sup> 10e1 |                           |                                         |                         |         |
|    |                     |                     |                         | 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1 |                        |                           | าย ระบาสภาบ                             | ที่                     |         |
|    |                     |                     |                         | ราเทางสาสาเา                             | เมเกบ<br>              | ☐ 16                      | เด งอกใหย เห<br>เถ ผลปลย                | ที่                     | วับที่  |
|    | _ 60                | ใจเดรลงเ            | ดรักโปร่านพิธีร์        | สมบางกายหา<br>สัมบ์ หรือพิธีเ            | ารรมทางศาสนา ต่        | ы<br><br><br>             | เรือไป 🗌                                | າ:<br>ໃຈໄເລຍ:           | 4 14 71 |
|    |                     |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | วันที่                  |         |
|    |                     |                     | 1                       |                                          |                        |                           |                                         | จังหวัด                 |         |
|    | - สถ                | าพพื้นที่เ          |                         | ••••••••••                               |                        |                           |                                         | จังหาก<br>🗌 อื่น ๆ ระบุ |         |
|    |                     | าพพนทา<br>มาเยี่ยมเ |                         |                                          | กุมกน<br>ไม่มี         | ואטטאו                    |                                         |                         |         |
|    | υ                   |                     | กรอเม<br>ใกล้ชิดกับชาวต | ต่างชาติ                                 |                        |                           |                                         |                         |         |
|    | - ม <sub>ี</sub> เอ |                     |                         |                                          |                        |                           |                                         | สัญชาติ .               |         |
|    | 00                  | •••••               |                         | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •  |                        | •••••                     | P 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | มายู บ เซเ .            |         |

### 6. การค้นหาผู้สัมพัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ<br>(ปี) | เพศ | อาการป่วย             | ความสัมพันธ์ |
|-------|-----------|--------------|-----|-----------------------|--------------|
| 1.    |           |              |     | □ไม่มี □ มีอาการ ระบุ |              |
| 2.    |           |              |     | □ไม่มี □ มีอาการ ระบุ |              |
| 3.    |           |              |     | □ไม่มี □ มีอาการ ระบุ |              |
| 4.    |           |              |     | □ไม่มี □ มีอาการ ระบุ |              |
| 5.    |           |              |     | □ไม่มี □ มีอาการ ระบุ |              |

| ผู้ให้ข้อมล   | หมายเลขโทรศัพท์ |  |
|---------------|-----------------|--|
|               | ตำแหน่ง         |  |
| U             | อำเภอ           |  |
| วันที่สลาเสวน | หมายเลขโทรศัพท์ |  |

# แบบสอบสวนไข้สมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified encephalitis)

| 1. ข้อมูลทั่วไ  | J                 |            |              |                                     |                  |                             |            |
|-----------------|-------------------|------------|--------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------|------------|
| ชื่อ-สกุล (นา   | าย/นาง/นาง        | สาว/เด็กข  | ชาย/เด็กหญิง | )                                   |                  |                             |            |
| เลขที่บัตรปร    | ระชาชน 🗌 -        |            |              | 🗌 🗌 - 🔲 🗆 - 🔲 อายุ                  | ขื               | . เดือน เพศ 🗌               | ชาย 🗌 หญิง |
|                 |                   |            |              | อาชีพ                               |                  |                             |            |
|                 |                   |            |              | หมายเลขโทฯ                          |                  |                             |            |
| ทอยูขณะปว       | วย บานเลขท        | •••••      | หมูท<br>ตัว  | ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน<br>บล            | ລຳເ ລລ           |                             |            |
|                 |                   |            |              | <br>ในเขตเทศบาลนคร                  |                  |                             | ••••••     |
| 0 4 7 1 6 7 1   | •••••             |            | ••••••       | <ul><li>☐ ในเขตเทศบาลตำบล</li></ul> |                  |                             |            |
| ภูมิลำเนา เเ็   | ป็นที่เดียวกับ    | ที่อยู่ขณะ | ป่วยหรือไม่  | <u></u> ીજં                         | 🗌 ไม่ใช่ ระบุ    |                             |            |
| ง้านเลขที่      | หา                | jู่ที่     | ชื่อหมู่บ้า  | น/ชุมชน                             |                  |                             |            |
| ซอย             | ถนน               |            | ต่ำ          | บล                                  | อำเภอ            |                             | •••••      |
| จังหวัด         |                   |            |              | 🗌 ในเขตเทศบาลนคร                    |                  |                             |            |
| d e             |                   | 7 V 1.     |              | ☐ ในเขตเทศบาลตำบล                   |                  |                             |            |
| , ,             |                   | 0          | •            | ปี)                                 |                  |                             |            |
| หมายเลขเท       | เรศพททสาม         | ารถตดตอ    | )ได          |                                     |                  |                             | •••••      |
| 2. อาการและ     | ะอาการแส          | ัดง        |              |                                     |                  |                             |            |
| มีคาการป่วย     | ยหรือไม่          | ่          |              | นี้                                 |                  |                             |            |
|                 |                   |            |              |                                     |                  |                             |            |
|                 |                   |            |              | องศาเซลเซียส                        | ชีพจร            | ครั้ง/นาที                  |            |
|                 |                   | หาย        | ใจ           | ครั้ง/นาที                          | ความดันโลหิต     | ใ                           | ม.ปรอท     |
| ไม้             |                   | ่          | ่ □ไม่ทราบ   | คอแข็ง                              |                  | ่ □มี □ไม่มี                | ่          |
| ปวดศีรษะรุนแ    | .รง 🔲 มี          | ่ ไม่มี    | ่ ∐ไม่ทราบ   | ซึม                                 |                  |                             | ่ □ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกต      |                   | ่ ไม่มี    | ่ ∐ไม่ทราบ   | สับสน                               |                  | ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ไม่มี       | ่ □ไม่ทราบ |
| ชักเกร็ง        | ่ ่ มี            | ่ ไม่มี    | ่□ไม่ทราบ    | ไม่รู้สึกตัว/ไม่ตอบสนองต่อ          | วสิ่งกระตุ้นใด ๆ | ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ไม่มี | ่ □ไม่ทราบ |
| ความทรงจำหา     | ายไป 🗌 มี         | _ ไม่มี    | ่ ∐ไม่ทราบ   | สูญเสียความสามารถในกา               | ารพูด อ่าน เขียน | ่                           | ่ □ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ อาเจีย | น 🗆 มี            | ่ ไม่มี    | ่ ∐ไม่ทราบ   | อื่น ๆ ระบุ                         |                  |                             |            |
|                 |                   |            |              | 1 4                                 |                  |                             |            |
| 3. การตรวจ      | ทางห้องป          | ฎิบัติการ  | 3            |                                     |                  |                             |            |
| 3.1 การตร       | เวจตัวอย่างเล็    | รื่อด      |              |                                     |                  |                             |            |
| 3.1.1           | 0/ .              |            | 0            | เดเลือด (CBC)                       |                  |                             |            |
|                 | <u>ครั้งที่ 1</u> |            |              | Hct % Plate                         |                  |                             |            |
|                 |                   |            |              | % Lymphocyte                        |                  | •                           |            |
|                 | ครั้งที่ 2        |            |              | % Other % Plate                     |                  |                             |            |
|                 | <u> 2018 7</u>    |            |              | % Plati<br>% Lymphocyte             |                  |                             |            |
|                 |                   |            |              | % Other                             |                  | •                           |            |

|     | 3.1.2    | การย้อมสี อื่น ๆ ระบุ                                                                         |
|-----|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | ผล                                                                                            |
|     | 3.1.3    | วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                      |
|     |          | ผล ผล Serogroup                                                                               |
|     |          | ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา                                                                |
|     |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                                                 |
|     |          | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                         |
|     | 3.1.4    | การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗌 ไม่ได้ตรวจ 🗎 ตรวจ ระบุวิธี                                       |
|     |          | 🗌 Single serum วันที่ส่งตรวจ Titer                                                            |
|     |          | สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                  |
|     |          | Pair sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจTiter                                                       |
|     |          | ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Titer Titer                                                          |
|     |          | สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                  |
|     | 3.1.5    | วิธี PCR 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                                    |
|     |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                      |
|     | 3.1.6    | อื่น ๆ ระบุ 🗌 ไม่ใี้ดัตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                               |
|     |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                      |
| 3.2 | การตรว   | วจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)                                                                  |
|     | 3.2.1    | การตรวจนับเซลล์และชีวเคมี 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                   |
|     |          | ลักษณะของน้ำไขสันหลัง 🗌 ขุ่น 🔲 ใส 🔲 อื่น ๆ ระบุ                                               |
|     |          | Cell count                                                                                    |
|     |          | Glucosemg/dl Proteinmg/dl Other                                                               |
|     | 3.2.2    | การย้อมสีแกรม (Bacterial Gram strain) 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                       |
|     |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                      |
|     | 3.2.3    | การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ 🔲 โม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                        |
|     |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                      |
|     | 3.2.4    | วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                      |
|     | 3.2.     | ผล ผล Serogroup                                                                               |
|     |          | ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา                                                                |
|     |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                                                 |
|     |          | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                         |
|     | 3.2.5    | การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗌 ไม่ได้ตรวจ 🗋 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                  |
|     | 3.2.3    | ระบุวิธี ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                             |
|     | 3.2.6    | วิธี PCR 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🗌 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                                    |
|     | 3.2.0    | ผล                                                                                            |
|     | 3.2.7    | อื่น ๆ ระบุ                                                                                   |
|     | 5.2.1    | ผล                                                                                            |
| 3 3 | ตัวลย่า  | งอื่น ๆ ระบุชนิดตัวอย่างวิธีตรวจ                                                              |
| ر.ن | KI 900 I | บาราง □ ตรวจ วันที่ส่งตรวจผลผล                                                                |
|     |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                                                 |
| 2 / | ภารตรา   | - พิธายางรู้ resistance ระบุของ r<br>อจทางรังสีวิทยาระบบประสาท (Neuroimaging)                 |
| 4.ر |          | วงทาง หลาทยาวะบบบวะสาท (Neuroimagnig)<br>CT Brain วันที่ตรวจการฉีดสี □ ฉีด □ ไม่ฉีด ผลการตรวจ |
|     |          | CT Brain วันที่ตรวจผลการตรวจผลการตรวจ                                                         |
|     | J.4.Z    | IVII DI QII I 4 BANDI 4 4 7 MEII I 1 4 B 4 4 A                                                |

| િષ્ષ્થ                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>១</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ☐ ไม่ได้รับการรักษ′                                                                                                                                                                                                                                                                   | (ମ ୩<br>ଅଧ୍ୟ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ₽ <del>-</del> a                                                | ব                                                                                            |                                                                                                                      |
| เปรีบการตรวจรักษา<br>ชั้นั้น                                                                                                                                                                                                                                                          | าครั้งแรกที่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | วินท์                                                           | เดือน                                                                                        | พ.ศ                                                                                                                  |
| การรักษาครั้งน์: วัน                                                                                                                                                                                                                                                                  | ที่พบผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 | <br>-                                                                                        | เวลา                                                                                                                 |
| ประเภทผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                         | 🗌 ผู้ป่วยนอก 🔲 ผู้ป่วยใน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ่ ผู้ป่วยค้นหาเร                                                | พิมเติมในชุมข<br>                                                                            | วน                                                                                                                   |
| ผลการรักษา                                                                                                                                                                                                                                                                            | 🗌 กำลังรักษา 🔲 หาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ่                                                               | ่ ผิงตอ ร                                                                                    | ระปุ                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ୍ଷ୍ୟ ଅଧିକ ଓ ଅଧ୍ୟ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | เนทิจำหน่าย                                                     | •••••                                                                                        |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 | ଦ ସ୍ୟୁଧ୍ୟ                                                                                    |                                                                                                                      |
| ่ เมเดรับ                                                                                                                                                                                                                                                                             | ■ ได้รับ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 | วนทเดรเ                                                                                      | J                                                                                                                    |
| ประวัตเดรับวคัซน เ<br>                                                                                                                                                                                                                                                                | ด้ข้อมูลจากครั้งสุดท้ายเมื่อ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 | ทุพพ                                                                                         |                                                                                                                      |
| JE ∟ เดรบ.                                                                                                                                                                                                                                                                            | ครง ครงสุดทายเมอ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 | ่ เมเดรบ<br>่ ก.ห.ะ                                                                          | เมทราบ                                                                                                               |
| DIP ∐ เดริบ .                                                                                                                                                                                                                                                                         | ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 | ่ เมเดรีบ<br>่ ⊓ ๚ .๚ ะ.ะ.                                                                   | เมทราบ                                                                                                               |
| BCG ∐ เดรบ .                                                                                                                                                                                                                                                                          | ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ<br>ได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | צ צ צ בן                                                        | ่ แมเดรบ                                                                                     | เมทราบ                                                                                                               |
| อน ๆ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                             | เดรีย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ครง ครงสุดทายเม                                                 | D                                                                                            |                                                                                                                      |
| ร. ปัจจัยเสี่ยงต่อกา                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20.50.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | มในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 | 1 1                                                                                          |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ริเวณที่มีสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | •                                                                                            |                                                                                                                      |
| 🗌 ทำงานที่ต้อ                                                                                                                                                                                                                                                                         | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ระบุสถา                                                         | นที่ที่ที่ทำ                                                                                 |                                                                                                                      |
| <ul><li>☐ ทำงานที่ต้อ</li><li>☐ ทำสวน/ไร่ง</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                  | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>มา ทำมาเป็นระยะเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ระบุสถา<br>ระบุสถา                                              | น <sup>ี่</sup> ที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ                                                        |                                                                                                                      |
| <ul><li>□ ทำงานที่ต้อ</li><li>□ ทำสวน/ไร่ง</li><li>□ อื่น ๆ ระบุ</li></ul>                                                                                                                                                                                                            | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>มา ทำมาเป็นระยะเวลา<br>ทำมาเป็นระยะเวล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ระบุสถา<br>ระบุสถา                                              | น <sup>ี่</sup> ที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ                                                        |                                                                                                                      |
| <ul><li>☐ ทำงานที่ต้อ</li><li>☐ ทำสวน/ไร่เ</li><li>☐ อื่น ๆ ระบุ</li><li>5.2 ประวัติการสัม</li></ul>                                                                                                                                                                                  | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>เา ทำมาเป็นระยะเวลา<br>ทำมาเป็นระยะเวล<br>ผ <b>ัสโรค</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ระบุสถา<br>ระบุสถา                                              | น <sup>ี่</sup> ที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ                                                        |                                                                                                                      |
| <ul><li>☐ ทำงานที่ต้อ</li><li>☐ ทำสวน/ไร่เ</li><li>☐ อื่น ๆ ระบุ</li><li>5.2 ประวัติการสัม</li><li>1. การรับประช</li></ul>                                                                                                                                                            | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>มา ทำมาเป็นระยะเวลา<br>ทำมาเป็นระยะเวล<br>ผ <b>ัสโรค</b><br>ทานอาหาร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ระบุสถา<br>ระบุสถา<br>กา ระบุสถ                                 | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กานที่ที่ทำ                                                        |                                                                                                                      |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาชอยโข่ง</li> </ul>                                                                                                                                                 | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>มา ทำมาเป็นระยะเวลาบีนระยะเวล<br>ทำมาเป็นระยะเวล<br><b>ผัสโรค</b><br>ทานอาหาร<br>□ไม่กิน □กิน ระบุเมนู                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ระบุสถา<br>ระบุสถา<br>กา ระบุสถ<br>ลักษณะอ                      | น <sup>ี่</sup> ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>านที่ที่ทำ                                             | งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก                                                                                                  |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาชอยโข่ง</li> </ul>                                                                                                                                                 | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>มา ทำมาเป็นระยะเวลา<br>ทำมาเป็นระยะเวล<br>ผ <b>ัสโรค</b><br>ทานอาหาร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ระบุสถา<br>ระบุสถา<br>กา ระบุสถ<br>ลักษณะอ                      | น <sup>ี่</sup> ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>านที่ที่ทำ                                             | งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก                                                                                                  |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาชอยโข่ง</li> </ul>                                                                                                                                                 | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา  มา ทำมาเป็นระยะเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ระบุสถา<br>ระบุสถา<br>ระบุสถ<br>ระบุสถ<br>ลักษณะอ<br>ลักษณะอ    | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>ภานที่ที่ทำ<br>กหาร 🗌 ปรุ<br>าหาร 🗎 ปรุ                            | งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก                                                                           |
| <ul> <li>□ ทำงานที่ต้อ</li> <li>□ ทำสวน/ไร่เ</li> <li>□ อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประหายย์เข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> </ul>                                                                                                                           | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา  มา ทำมาเป็นระยะเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ          | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กนที่ที่ทำ<br>กหาร                                                 | งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก                                                    |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาชอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรื่</li> <li></li></ul>                                                                                                                     | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา  มา ทำมาเป็นระยะเวลาทำมาเป็นระยะเวล  ผัสโรค  ทานอาหาร  □ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู  □ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู  □ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ          | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กนที่ที่ทำ<br>กหาร 🗌 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก                         |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาหอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li></ul>                                                                                                                     | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา<br>มา ทำมาเป็นระยะเวลา<br>ผั <b>สโรค</b><br>ทานอาหาร<br>□ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู<br>□ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู<br>□ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู<br>□ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ          | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กนที่ที่ทำ<br>กหาร 🗌 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก                         |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาหอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li></ul>                                                                                                                     | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา  มา ทำมาเป็นระยะเวลาทำมาเป็นระยะเวล  ผัสโรค  ทานอาหาร  □ ไม่กิน □ กิน ระบุเมนู                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ         | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กนที่ที่ทำ<br>กหาร 🗌 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ<br>กหาร 🗎 ปรุ | งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ไม่ได้ปรุงสุก      |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่เ</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชา หอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li></ul>                                                                                                                    | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวล         ผัสโรค         ทานอาหาร         ไม่กิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ         | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชานอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li></ul>                                                                                                                     | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ         | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาชอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li></ul>                                                                                                                     | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวล         ผัสโรค         ทานอาหาร         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู          ไม่กิน         มีกิน ระบุเมนู          ว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย       ไม่มี         ไม่มี       มี ระบุ                                                                                                                        | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ         | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชาชอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li> <li>2. ได้สัมผัสสัตสุนัข</li> <li>มำ</li> <li>ค้างคาว</li> </ul>                                                         | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวล         ผัสโรค         ทานอาหาร         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู          ไม่กิน         มีกิน ระบุเมนู          ว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย       ไม่มี         ไม่มี       มี ระบุ                                                                                                                        | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ         | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |
| <ul> <li> ทำงานที่ต้อ</li> <li> ทำสวน/ไร่ง</li> <li> อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชานอยโข่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li> <li>2. ได้สัมผัสสัตสุนัข</li> <li>ม้า</li> <li>ค้างคาว</li> <li>นก</li> <li>สุกร</li> </ul>                              | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         พัสโรค         ทานอาหาร         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู         ว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย       ไม่มี         ไม่มี       มี ระบุ         ไม่มี       มี ระบุ | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |
| <ul> <li>พำงานที่ต้อ</li> <li>พำสวน/ไร่ง</li> <li>อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชางอย์เช่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li></ul>                                                                                                                       | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         พัสโรค         ทานอาหาร         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู          ไม่กิน         มี่กิน       กิน ระบุเมนู          ไม่กิน         มี่มี       มี ระบุ         มี่มี       มี ระบุ         ไม่มี       มี ระบุ                         | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |
| <ul> <li>□ ทำงานที่ต้อ</li> <li>□ ทำสวน/ไร่ง</li> <li>□ อื่น ๆ ระบุ</li> <li>5.2 ประวัติการสัม</li> <li>1. การรับประชารอย์เง่ง</li> <li>หอยเชอรี่</li> <li></li> <li>2. ได้สัมผัสสัตสุนัข</li> <li>มำค้างคาว</li> <li>นกสุกร</li> <li>อื่น ๆ ระบุ</li> <li>3. ประวัติสัมผั</li> </ul> | งเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา         มา ทำมาเป็นระยะเวลา         พัสโรค         ทานอาหาร         ไม่กิน       กิน ระบุเมนู         ว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย       ไม่มี         ไม่มี       มี ระบุ         ไม่มี       มี ระบุ | ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ระบุสถา ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ ลักษณะอ | นที่ที่ทำ<br>นที่ที่ทำ<br>กหาร                                                               | งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก<br>งสุก □ ไม่ได้ปรุงสุก |

ระบุประเภทกิจกรรม ...... สถานที่เดินทางไป ...... อื่น ๆ ระบุ .....

ได้ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น เดินป่า เข้าถ้ำ หรือไม่

🗌 ไม่เคย

🗌 เคย

| 5.3       | แหล่งรังโร                   | ค/สภาพแวดเ              | ล้อม             |              |                               |                       |                                |                 |
|-----------|------------------------------|-------------------------|------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------|
|           | 1. สภาพบ้                    | ,<br>าน                 | มีมุ้งล          | วดรอบเ       | บ้านหรือไม่                   | _ ไม่มี               |                                | ์<br>มี         |
|           |                              |                         | นอนก             | างมุ้งหรื    | รื่อห้องนอนมีมุ้งลวดหรือ      | าไม่ 🗌 ไม่มี          |                                | Ī               |
|           | 2. บริเวณร                   | รอบบ้าน                 |                  | าหรือไม      | ·                             | ่                     |                                | า<br>มี         |
|           |                              |                         | ,                | สัตว์หรื     |                               | 🗌 ไม่มี               |                                | ์<br>โ          |
|           | 3. ในหมู่บ้                  | าน                      | มีขยะ,           | /ของวา       | งรกรุงรังหรือไม่              | _ ไม่มี               |                                | ์<br>มี         |
|           | v                            |                         |                  |              | า<br>กเขาชุกชุมหรือไม่        | ่ ไม่มี               |                                | 1<br>1          |
|           | มีค้างค                      | าวหรือไม่               |                  |              | ้<br>มี ระบุชนิดสัตว์         | (                     | ์<br>ค้างคาวกินผล <sup>ั</sup> | ไม้หรือกินแมลง) |
| 5.4       | การเดินทา                    | เงออกจากพื้น            |                  |              | พักอาศัย (ภายใน 30 วั         |                       |                                |                 |
|           | 1. ระบุ ต่                   | <br>ทำบล                |                  | ວິ′          | าเภอ                          | จังหวัด               |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              | 🗌 คอกสัตว์                    |                       |                                |                 |
|           | 2. ระบุ ต่                   | ทาบล                    |                  | ວິ′          | าเภอ                          | จังหวัด               |                                |                 |
|           | ද                            | <sub>่</sub> ภาพพื้นที่ | ่                | ุ่งนา        | 🗌 คอกสัตว์                    | 🗌 อื่น ๆ ระบุ         |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               |                       |                                |                 |
| 6. การ    | ค้นหาผู้สั                   | ัมพัสโรค ภา             | ายใน 30          | 0 วัน เ      | <b>า</b> ลังจากผู้ป่วยเริ่มป่ | วย                    |                                |                 |
| รายขึ้    | ชื่อผู้สัมผัสร่ <sup>ง</sup> | วมบ้าน/โรงเรีย          | มน/ชุมช <b>เ</b> | ่ (ผู้ที่อยุ | ยู่บ้านติดกันหรือละแวกเ       | บ้านเดียวกัน เฉพา     | าะที่มีอาการคล้                | ก้ายผู้ป่วย)    |
| ลำดับ     | ชื่                          | อ-สกุล                  | อายุ<br>(ปี)     | เพศ          | อ                             | าการป่วย              |                                | ความสัมพันธ์    |
|           |                              |                         |                  |              | 🗆 ไม่มี 🔲 มีอาการ ร           | ະໆ                    |                                |                 |
| 1.        |                              |                         |                  |              |                               | ้นที่เริ่มป่วย        |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              | 🗌 ไม่มี 🔲 มีอาการ ร           | <u></u>               |                                |                 |
| 2.        |                              |                         |                  |              |                               | ันที่เริ่มป่วย        |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               |                       |                                |                 |
| 3.        |                              |                         |                  |              |                               | ะบุ<br>ันที่เริ่มป่วย |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              | <u> </u>                      |                       |                                |                 |
| 4.        |                              |                         |                  |              |                               | รปุ                   |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               | ันที่เริ่มป่วย        |                                |                 |
| 5.        |                              |                         |                  |              | 🗌 ไม่มี 🗌 มีอาการ ร           | รูป์                  |                                |                 |
| J.        |                              |                         |                  |              | วั                            | ันที่เริ่มป่วย        |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               |                       |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               |                       |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               |                       |                                |                 |
| 7         |                              |                         |                  |              | หมายเลขโทรศัพ                 |                       |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              | ตำแหน่ง                       |                       |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              | อำเภอ                         |                       |                                |                 |
| วันที่สอเ | มสวน <u>.</u>                |                         |                  |              | หมายเลขโทรศัท                 | งท์                   |                                |                 |
|           |                              |                         |                  |              |                               |                       |                                |                 |

หมายเหตุ : เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย (เช่น *S. pneumoniae, H. influenzae*) และเชื้อรา ระยะฟักตัว : ไม่ทราบแน่ชัด โอกาสที่น่าจะเป็นไปได้ ระยะสั้น 2-4 วัน

# แบบสอบสวนไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น (Japanese B Encephalitis)

| 1. ข้อมูลทั่วไป                   |                                             |                             |                                       |            |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------|
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นา             | งสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง                       | 3)                          |                                       |            |
| เลขที่บัตรประชาชน 🗌               |                                             |                             | ปี เดือน เพศ 🗌                        | ชาย 🗌 หญิง |
| HN                                | AN                                          | อาชีพ                       |                                       |            |
|                                   |                                             |                             | รศัพท์                                |            |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลข            | ที่ หมู่ที่                                 | ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน          |                                       |            |
| ซอย ถนน                           | ത്                                          | าบล                         | อำเภอ                                 |            |
| จังหวัด                           |                                             | 🗌 ในเขตเทศบาลนคร            |                                       |            |
|                                   |                                             | 🗌 ในเขตเทศบาลตำบล           |                                       |            |
| ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกัง         | o .                                         |                             | ่ ไม่ใช่ ระบุ                         |            |
|                                   |                                             |                             |                                       |            |
|                                   |                                             |                             | อำเภอ                                 |            |
| จังหวัด                           |                                             |                             |                                       |            |
| ٧ ٧ ١                             | 921                                         | ☐ ในเขตเทศบาลตำบล           |                                       |            |
| 1 0                               | 0 1                                         |                             |                                       |            |
| มท เถเนลเมเนมผมมนุย เร            | 1 13 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 |                             |                                       |            |
| 2. อาการและอาการแล                | สดง                                         |                             |                                       |            |
|                                   |                                             | ଷ୍                          |                                       |            |
| มชาการบายหรอเม<br>วันที่เริ่มป่วย |                                             |                             |                                       |            |
|                                   |                                             | . น.<br>องศาเซลเซียส        | ชีพจรครั้ง/นาที                       |            |
| 11 19519 9 7 9 1011 10 66 9119 (  | ว                                           | 0.4                         | ความดันโลหิตม                         | บบไรอท     |
|                                   |                                             |                             |                                       |            |
| ไข้                               | วี □ไม่มี □ไม่ทราบ                          | คอแข็ง                      | มีไม่มี                               | ่∐ไม่ทราบ  |
| ปวดศีรษะรุนแรง 🗆 ร์               | มี □ไม่มี □ไม่ทราบ                          | ซึม                         | ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ ่ | ่□ไม่ทราบ  |
| ปวดกระบอกตา 🗆 ร์                  | วี □ไม่มี □ไม่ทราบ                          | สับสน                       | ่ □มี □ไม่มี                          | ่          |
| ชักแข็งเกร็ง 🔲 ร์                 | วี □ไม่มี □ไม่ทราบ                          | ไม่รู้สึกตัว/ไม่ตอบสนองต่อ  | ลิ่งกระตุ้นใดๆ 🗌 มี 🔲 ไม่มี           | ่□ไม่ทราบ  |
| ความทรงจำหายไป 🗆 ร์               | ่ ี □ไม่มี □ไม่ทราบ                         | <br>  สูญเสียความสามารถในกา | รพูด อ่าน เขียน 🗆 มี 🗀 ไม่มี          | ่□ไม่ทราบ  |
| คลื่นไส้ อาเจียน                  | มี □ไม่มี □ไม่ทราบ                          | อื่น ๆ ระบุ                 |                                       |            |
| •                                 | 1-5                                         |                             |                                       |            |
| 3. การตรวจทางห้องเ                | ม <sub>ี</sub> บุตการ                       |                             |                                       |            |
| 3.1 การตรวจตัวอย่างเ              |                                             |                             |                                       |            |
| 9/ -                              | าหาความสมบูรณ์ของเม๋                        |                             |                                       |            |
| ครั้งที่ 1                        |                                             |                             | eletx10³ WBC                          |            |
|                                   |                                             |                             | % Eosinophil                          |            |
| ม -<br>ส -                        | , ,                                         |                             | 403 1406                              |            |
| ครั้งที่ 2                        |                                             |                             | eletx10 <sup>3</sup> WBC              |            |
|                                   |                                             |                             | % Eosinophil                          |            |
|                                   | ivionocyte                                  | % Utner                     |                                       |            |

|      | 3.1.2    | การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🗌 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                                |
|------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|      |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                              |
|      | 3.1.3    | วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                              |
|      |          | ผล ผล Serogroup                                                                       |
|      |          | ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา                                                        |
|      |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                                         |
|      |          | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                 |
|      | 3.1.4    | การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗌 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ ระบุวิธี                               |
|      | 3111.    | ☐ Single serum วันที่ส่งตรวจ Titer                                                    |
|      |          | สรุปผล                                                                                |
|      |          | □ Pair sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Titer                                            |
|      |          | ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Titer                                                        |
|      |          | สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                          |
|      | 3.1.5    | วิธี PCR                                                                              |
|      | J.1.J    | ผล                                                                                    |
|      | 3.1.6    | อื่น ๆ ระบุ                                                                           |
|      | 5.1.0    | ผล                                                                                    |
| 2.0  | 005850   | - ผส                                                                                  |
| J.Z. |          | งตายยางนาเซลนทสง (CSF)<br>การตรวจนับเซลล์และชีวเคมี 🏻 ไม่ได้ตรวจ 🔻 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ |
|      | 3.2.1    | ลักษณะของน้ำใขสันหลัง 🗆 ขุ่น 🗀 ใส 🗀 อื่น ๆ ระบุ                                       |
|      |          | 4 ' 4                                                                                 |
|      |          | Cell count                                                                            |
|      | 0.00     | Glucosemg/dl Proteinmg/dl Other                                                       |
|      | 3.2.2    | การย้อมสีแกรม (Bacterial Gram strain) 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗆 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ               |
|      | 0.00     | ผล                                                                                    |
|      | 3.2.3    | การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ                                                                  |
|      |          | ผล                                                                                    |
|      | 3.2.4    | วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย 🗌 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                              |
|      |          | ผลผล Serogroup                                                                        |
|      |          | ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา                                                        |
|      |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                                         |
|      |          | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                                 |
|      | 3.2.5    | การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗆 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                          |
|      |          | ระบุวิธี หล                                                                           |
|      | 3.2.6    | วิธี PCR                                                                              |
|      |          | ผล                                                                                    |
|      | 3.2.7    | อื่น ๆ ระบุ                                                                           |
|      |          | ผล                                                                                    |
| 3.3  | ตัวอย่าง | ออื่น ๆ ระบุชนิดตัวอย่าง                                                              |
|      |          | 🗌 ไม่ได้ตรวจ 🗌 ตรวจ วันที่ส่งตรวจผล                                                   |
|      |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                   |
| 3.4. |          | จทางรังสีวิทยาระบบประสาท (Neuroimaging)                                               |
|      |          | CT Brain วันที่ตรวจการฉีดสี 🗌 ฉีด 🗎 ไม่ฉีด ผลการตรวจ                                  |
|      | 3 4 2    | MRI Brain วับที่ตรวจ ผลการตรวจ                                                        |

| 4. | . การรักษา                                                                                                                                       |                                                                           |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|    | 🗌 ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ                                                                                                                          |                                                                           |
|    |                                                                                                                                                  | เดือนพ.ศ. พ.ศ.                                                            |
|    | การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผ้ป่วย                                                                                                                 | น.                                                                        |
|    | ประเภทผู้ป่วย 🗆 ผู้ป่วยนอก 🔲                                                                                                                     | งู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน<br>หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ |
|    | ผลการรักษา 🗌 กำลังรักษา 🗎                                                                                                                        | หาย 🗆 เสียชีวิต 🗆 ส่งต่อ ระบุ                                             |
|    | สถานที่รักษา                                                                                                                                     | วันที่จำหน่าย                                                             |
|    | ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยคร                                                                                                      | ังนี้<br>-                                                                |
|    | 🔲 ไม่ได้รับ 🔲 ได้รับ ระบุ                                                                                                                        | วันที่ได้รับ                                                              |
|    | ประวัติได้รับวัคซีน ได้ข้อมูลจาก                                                                                                                 |                                                                           |
|    | JE 🗌 ได้รับครั้ง ครั้งสุดท้ายเรื่                                                                                                                | มื่อบ ไม่ได้รับ   ไม่ทราบ                                                 |
|    |                                                                                                                                                  | ื่อบ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ                                                    |
|    | BCG 🗆 ได้รับครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื                                                                                                                | ื่อบ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ                                                    |
|    | อื่น ๆ ระบุ่ ได้รับ                                                                                                                              | ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ                                                   |
|    | <ul> <li>ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค</li> <li>5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเง็</li> <li>□ ทำงานในบริเวณที่มีสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ท</li> </ul> | <b>นประจำ</b><br>กามาเป็นระยะเวลาระบุสถานที่ที่ทำ                         |
|    | ุ พายาลาผู้ผู้อายด้วงปราชา พวงาวเลี้ยาสะย<br>พายาลาผู้ผู้อายด้วงปราชา พวงาวเลี้ยาสะย                                                             | ะเวลาระบุสถานที่ที่ทำระบุสถานที่ที่ทำ                                     |
|    | <ul> <li>ทางานที่เองเขาบา/ถ้า ทามาเบนของ</li> <li>ทำสางเ/โร่งเว ทำงาวเป็งเระผยเวลา</li> </ul>                                                    | ระบุสถานที่ที่ทำ                                                          |
|    |                                                                                                                                                  | ป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ                                              |
|    | 5.2 ประวัติการสัมผัสโรค                                                                                                                          | 1840 C 6 6 9 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                            |
|    | 1. การรับประทานอาหาร                                                                                                                             |                                                                           |
|    |                                                                                                                                                  | บุเมนู                                                                    |
|    | 2. ได้สัมผัสสัตว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย                                                                                                           | 9 9 9 9                                                                   |
|    | สุนัข 🗆 ไม่มี 🗎 มี ระบุ                                                                                                                          |                                                                           |
|    |                                                                                                                                                  |                                                                           |
|    |                                                                                                                                                  |                                                                           |
|    |                                                                                                                                                  |                                                                           |
|    |                                                                                                                                                  | (ระบุลักษณะกิจกรรมที่สัมผัส เช่น เลี้ยง/ค้าขาย/ล่า อื่น ๆ )               |
|    | อื่น ๆ ระบุ                                                                                                                                      |                                                                           |
|    | 3. ประวัติสัมผัสสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วัน                                                                                                         |                                                                           |

🗌 ไม่เคย

🗌 ไม่เคย

🗌 ไม่เคย

🗌 เคย

\_ เคย

้ มีประวัติถูกสุนัขแมว กัดหรือข่วน

ได้ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น เดินป่า เข้าถ้ำ หรือไม่

มีประวัติถูกเห็บกัดหรือไม่

|                        | 1. สภาพบ้าน                   | 1                |                               | บ้านหรือไม่ 🗆 ไม่มี 🔲 รื่อห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 🗎 ไม่มี 🗎  | สี<br>มี     |
|------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
|                        | 2. บริเวณรอบบ้าน              | มีทุ่งน          | าง<br>เาหรือไม่<br>เสัตว์หรืเ | i 🗆 Lii                                                      | 1<br>1       |
|                        | 3. ในหมู่บ้าน                 | มีขยะ            | /ของวา                        | งรกรุงรังหรือไม่ 🗆 ไม่มี                                     | ฏ<br>ม       |
|                        | มีค้างคาวหรือไม่              |                  |                               | กเขาชุกชุมหรือไม่ 🔲 ไม่มี 🔲<br>มี ระบุชนิดสัตว์(ค้างคาวกินผล |              |
| 5.4                    | การเดินทางออกจากพื้น          |                  |                               | พักอาศัย (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่                      |              |
|                        | 1. ระบุ ตำบล                  |                  | ອໍ′                           | าเภอ จังหวัด                                                 |              |
|                        | สภาพพื้นที่                   | □ γ              | <b>ุ</b> ่งนา                 | 🗌 คอกสัตว์ 💮 อื่น ๆ ระบุ                                     |              |
|                        |                               |                  | ອໍ′                           | าเภอ จังหวัด                                                 |              |
|                        | สภาพพื้นที่                   | □ γ              | ุ่งนา                         | 🗌 คอกสัตว์ 🔲 อื่น ๆ ระบุ                                     |              |
| 6. การเ                | ค้น <b>ห</b> าผู้ส้มพัสโรค ภา | ายใน 3เ          | 0 วัน r                       | <b>า</b> ลังจากพู้ป่วยเริ่มป่วย                              |              |
| รายชื่                 | อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรีย    | มน/ชุมช <b>า</b> | ่ม (ผู้ที่อยุ                 | -<br>ยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล    | ล้ายผู้ป่วย) |
| ลำดับ                  | ชื่อ-สกุล                     | อายุ<br>(ปี)     | เพศ                           | อาการป่วย                                                    | ความสัมพันธ์ |
| 1.                     |                               |                  |                               | □ ไม่มี □ มีอาการ ระบุ                                       |              |
| 2.                     |                               |                  |                               | <ul><li>ไม่มี</li></ul>                                      |              |
| 3.                     |                               |                  |                               | <ul><li>ไม่มี</li></ul>                                      |              |
| 4.                     |                               |                  |                               | □ ไม่มี □ มีอาการ ระบุ                                       |              |
| ชื่อผู้สอบ<br>หน่วยงาง | สวน                           |                  |                               | หมายเลขโทรศัพท์                                              |              |
|                        |                               |                  |                               |                                                              |              |

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

หมายเหตุ : เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย (เช่น *S. pneumoniae, H. influenzae*) และเชื้อรา ระยะฟักตัว : ไม่ทราบแน่ชัด โอกาสที่น่าจะเป็นไปได้ ระยะสั้น 2–4 วัน

### แบบสอบสวนโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ (Eosinophilic meningitis)/ เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified meningitis)

| 1. ข้อมูลทั่วไป                                 |                       |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นาง<br>เลขที่บัตรประชาชน 🗆 - | สาว/เด็กชาย/เด็กหญิง  | a)                                                                                                          |
| HN                                              | ۸N                    | อาชีพ                                                                                                       |
| ศาสนา                                           | สัญชาติ               | หมายเลขโทรศัพท์                                                                                             |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่                       | หมู่ที่               | ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน                                                                                          |
| ซอย ถนน                                         | ตำ                    | บล อำเภอ                                                                                                    |
| จังหวัด                                         |                       | 🗌 ในเขตเทศบาลนคร 🔲 ในเขตเทศบาลเมือง                                                                         |
|                                                 |                       | 🗌 ในเขตเทศบาลตำบล 🔲 ในเขต อบต.                                                                              |
| ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับข                      | ที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ | ่ ∐ใช่                                                                                                      |
| บ้านเลขที่ หมุ                                  | jที่ ชื่อหมู่บ้า<br>• | าน/ชุมชน                                                                                                    |
|                                                 |                       | เบล อำเภอ<br>\[ ในเขตเทศบาลนคร \] ในเขตเทศบาลเมือง                                                          |
| ปุงหาด                                          |                       | <ul><li>□ เนเขตเทคบาลนคร</li><li>□ ในเขตเทคบาลเมอง</li><li>□ ในเขตเทศบาลตำบล</li><li>□ ในเขต อบต.</li></ul> |
| ดื่อ สถอ ยังไกครอง <i>(</i> กรก์                | วีย้งไวยอายต่ำอา่า 15 | ปี)บา                                                                                                       |
|                                                 |                       | 0)                                                                                                          |
| NIM IOPPIOPNIALIMANIAIPI IM                     | 19PININIOPNI          |                                                                                                             |
| 2. อาการและอาการแส                              | ดง                    |                                                                                                             |
| มีอาการป่วยหรือไม่<br>วันที่เริ่มป่วย           |                       |                                                                                                             |
|                                                 |                       | `น.<br>องศาเซลเซียส ชีพจรครั้ง/นาที                                                                         |
| 11 19619 9 7 9 1/11 10 66 9119 0                | ยุงนทภูมากับ<br>หายใจ |                                                                                                             |
| ไข้ 🔲 มี                                        |                       |                                                                                                             |
|                                                 |                       |                                                                                                             |
| ปวดศีรษะรุนแรง 🔲 มี                             |                       |                                                                                                             |
| ปวดกระบอกตา 🔲 มี                                |                       | สับสน 🔲 มี 🗆 ไม่มี 🗆 ไม่ทราบ                                                                                |
| ชักเกร็ง 🔲 มี                                   |                       | ไม่รู้สึกตัว/ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ 🏻 🗒 📕 ไม่มี 📙 ไม่ทราบ                                             |
| ความทรงจำหายไป 🗌 มี                             | ่                     | สูญเสียความสามารถในการพูด อ่าน เขียน 🗆 มี 🔲ไม่มี 🗀ไม่ทราบ                                                   |
| คลื่นใส้ อาเจียน 🔲 มี                           | ่ □ไม่มี □ไม่ทราบ     | อื่น ๆ ระบุ                                                                                                 |
|                                                 |                       |                                                                                                             |
| 3. การตรวจทางห้องปฏ                             | ฎิบัติการ             |                                                                                                             |
| 3.1 การตรวจตัวอย่างเล็                          |                       |                                                                                                             |
|                                                 | หาความสมบูรณ์ของเม็   |                                                                                                             |
| <u>ครั้งที่ 1</u>                               |                       | Hct % Platelet x10³ WBC                                                                                     |
|                                                 | •                     | % Lymphocyte                                                                                                |
| ี<br>ข                                          | ,                     | % Other                                                                                                     |
| <u>ครั้งที่ 2</u>                               |                       |                                                                                                             |
|                                                 |                       | % Lymphocyte                                                                                                |
|                                                 | Monocyte              | % Other                                                                                                     |

|      | 3.1.2    | การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🗌 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                  |
|------|----------|-------------------------------------------------------------------------|
|      |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                |
|      | 3.1.3    | วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                |
|      |          | ผล ผล Serogroup                                                         |
|      |          | ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา                                          |
|      |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                           |
|      |          | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ่                                                  |
|      | 3.1.4    | การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗆 ตรวจ ระบุวิธี                 |
|      |          | ☐ Single serum วันที่ส่งตรวจ Titer                                      |
|      |          | สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |
|      |          | ☐ Pair sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ                                    |
|      |          | ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Titer Titer                                    |
|      |          | สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                            |
|      | 3.1.5    | วิธี PCR 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                              |
|      |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                |
|      | 3.1.6    | อื่น ๆ ระบุ 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗆 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                           |
|      |          |                                                                         |
| 3.2. | การตรว   | จตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)                                             |
|      | 3.2.1    | การตรวจนับเซลล์และชีวเคมี 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ             |
|      |          | ลักษณะของน้ำไขสันหลัง 🗌 ขุ่น 🔲 ใส 🔲 อื่น ๆ ระบุ                         |
|      |          | Cell count                                                              |
|      |          | Glucose mg/dl Protein mg/dl Other                                       |
|      | 3.2.2    | การย้อมสีแกรม (Bacterial Gram strain) 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ |
|      |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                |
|      | 3.2.3    | การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ                                                    |
|      |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                |
|      | 3.2.4    | วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                |
|      |          | ผล ผล Serogroup                                                         |
|      |          | ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา                                          |
|      |          | ผล Drug resistance ระบุชื่อยา                                           |
|      |          | ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                   |
|      | 3.2.5    | การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา 🗆 ไม่ได้ตรวจ 🗆 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ            |
|      |          | ระบุวิธี ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                       |
|      | 3.2.6    | วิธี PCR 🔲 ไม่ได้ตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ                              |
|      |          | ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                                                |
|      | 3.2.7    | อื่น ๆ ระบุ                                                             |
|      |          |                                                                         |
| 3.3. | ตัวอย่าง | อื่น ๆ ระบุชนิดตัวอย่างวิธีตรวจ                                         |
|      | ไม่ได้   | ัตรวจ 🔲 ตรวจ วันที่ส่งตรวจผลผล                                          |
|      |          | g resistance ระบุชื่อยา ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ                           |
| 3.4  |          | จทางรังสีวิทยาระบบประสาท (Neuroimaging)                                 |
| -    |          | CT Brain วันที่ตรวจการฉีดสี 🗌 ฉีด 🗎 ไม่ฉีด ผลการตรวจ                    |
|      |          | MRI Brain วันที่ตรวจผลการตรวจ                                           |

| 4. | การรักษา |
|----|----------|
|    |          |

|    | 🗌 ไม่ได้รับการรักษาใ       |                              |                     |                           |                        |                              |        |
|----|----------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------|--------|
|    | ไปรับการตรวจรักษาค         | ารั้งแรกที่                  |                     | วันที่                    | เดือน                  | พ.ศ                          |        |
|    | การรักษาครั้งนี้ : วันที่  | พบผู้ป่วย                    |                     |                           |                        | เวลา                         | น      |
|    | ประเภทผู้ป่วย              | 🗌 ผู้ป่วยนอก                 | 🗌 ผู้ป่วยใน         | 🗌 ผู้ป่วยค้นหาเร          | พิ่มเติมในชุมชน        |                              |        |
|    | ผลการรักษา<br>สถานที่รักษา | 🗌 กำลังรักษา                 | ่ พาย               | 🗌 เสียชีวิต               | 🗌 ส่งต่อ ระเ           | Į                            |        |
|    |                            |                              |                     | วันที่จำหน่าย             |                        |                              |        |
|    | ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไว        |                              |                     |                           |                        |                              |        |
|    | 🗌 ไม่ได้รับ                | ]ได้รับ ระบุ                 |                     |                           | วันที่ได้รับ           |                              |        |
|    | ประวัติได้รับวัคซีน ได้    | ์<br>ข้อมลจาก                |                     |                           |                        |                              |        |
|    | JE 🗌 ได้รับ                | ครั้ง ครั้งสุ                | ุเดท้ายเมื่อ        |                           | ่ ไม่ได้รับ ไม         | ม่ทราบ                       |        |
|    | DTP 🗌 ได้รับ               | ครั้ง ครั้งสุ                | ดท้ายเมื่อ          |                           | ่ ไม่ได้รับ ไม่        |                              |        |
|    | BCG 🗆 ได้รับ               | ครั้ง ครั้งสุ                | ดท้ายเมื่อ          |                           | ่ ไม่ได้รับ ไล่        | ม่ทราบ                       |        |
|    | อื่น ๆ ระบุ                |                              | ได้รับ              | . ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ | )                      |                              |        |
|    |                            |                              |                     |                           |                        |                              |        |
| j. | ปัจจัยเสี่ยงต่อการ         | เกิดโรค                      |                     |                           |                        |                              |        |
|    | 5.1 อาชีพ/กิจกรรม์         | ในชีวิตประจำวัน              | เที่ทำเป็นประจำ     |                           |                        |                              |        |
|    | 🗌 ทำงานในบริเ              | วณที่มีสัตว์/โรงฆ่           | าสัตว์ ทำมาเป็นระ   | ะยะเวลาร                  | ะบุสถานที่ที่ทำ .      |                              |        |
|    | 🗌 ทำงานที่ต้องเ            | เข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเ            | .ป็นระยะเวลา        | วี                        | •<br>ะบสถานที่ที่ทำ .  |                              |        |
|    | 🗌 ทำสวน/ไร่นา              | เ ทำมาเป็นระยะ               | เวลา                | วี                        | •<br>ะบุสถานที่ที่ทำ . |                              |        |
|    | 🗌 อื่น ๆ ระบุ              |                              | ทำมาเป็นระยะเวล     | ลา ร                      | •<br>ะบุสถานที่ที่ทำ . |                              |        |
|    | 5.2 ประวัติการสัมผั        |                              |                     |                           | 4                      |                              |        |
|    | 1. การรับประทา             | านอาหาร                      |                     |                           |                        |                              |        |
|    | หอยโข่ง                    |                              | ] กิน ระบุเมนู      | ลักษณะอ                   | าหาร 🗌 ปรุงสูร         | า 🗌 ไม่ได้ปรุงสุก            |        |
|    | หอยเชอรี่                  |                              |                     | ลักษณะอ                   |                        |                              |        |
|    |                            |                              |                     | ลักษณะอ                   |                        |                              |        |
|    |                            |                              |                     | ลักษณะอ                   |                        |                              |        |
|    |                            |                              |                     | ลักษณะอ                   |                        |                              |        |
|    | 2. ได้สัมผัสสัตว์          |                              |                     |                           | 4 4                    | 4 4                          |        |
|    | สุนัข                      | 🗌 ไม่มี                      | ] มี ระบุ           |                           |                        |                              |        |
|    | ์<br>ม้า                   |                              | _                   |                           |                        |                              |        |
|    | ค้างคาว                    | 🗌 ไม่มี                      | ] มี ระบุ่          |                           |                        |                              |        |
|    | นก                         |                              |                     |                           |                        |                              |        |
|    | สุกร                       |                              | ] มี ระบุ           | (ระบุลักษณะกิจก           | รรมที่สัมผัส เช่เ      | ม เลี้ยง/ค้าขาย/ล่า <i>โ</i> | อื่นๆ) |
|    | อื่น ๆ ระบุ                |                              |                     |                           |                        |                              |        |
|    | 3. ประวัติสัมผัสส          | สัตว์อื่น ๆ ภายใน            | 30 วันก่อนป่วย      |                           |                        |                              |        |
|    | มีประวัติถูกสุ             | <sub>รุ</sub> นัข/แมวกัดหรือ | ข่วน                |                           | 🗌 ไม่เคย               | 🗌 เคย                        |        |
|    | มีประวัติถูกเ <sup>•</sup> | ห็บกัดหรือไม่                |                     |                           | 🗌 ไม่เคย               | 🗌 เคย                        |        |
|    | ได้ทำกิจกรรม               | มกลางแจ้ง เช่น เ             | ดินป่า เข้าถ้ำ หรือ |                           | 🗌 ไม่เคย               | 🗌 เคย                        |        |
|    | ระบุประเภท                 | กิจกรรม                      |                     | สถานที่เดิง               | นทางไป                 |                              |        |
|    |                            |                              |                     |                           |                        |                              |        |
|    | . ,                        |                              |                     |                           |                        |                              |        |

| 5.3                | แหล่งรัง       | เโรค/สภาพแวดส่           | ล้อม                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|--------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                    | 1. สภาข        | พบ้าน                    | มีมุ้งล                 | วดรอบเ         | ว้านหรือไม่ 🗌 ไม่มี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ปี              |
|                    |                |                          | นอนก                    | างมุ้งหรื      | รื่อห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 🗌 ไม่มี 🔲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ขึ              |
|                    | 2. บริเวเ      | ณรอบบ้าน                 |                         | เาหรื่อไม      | ·                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ขึ              |
|                    |                |                          | มีคอก                   | าสัตว์หรื      | อไม่ 🗆 ไม่มี 🗆                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | มี              |
|                    | 3. ในหมู       | มู่บ้าน                  | มีขยะ                   | /ของวา         | งรกรุงรังหรือไม่ 🗆 ไม่มี 🗆                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | มี              |
|                    |                | u                        |                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | มี              |
|                    | มีค้า          | งคาวหรือไม่              | 🗌 ไม่                   | มี 🗌           | มี ระบุชนิดสัตว์(ค้างคาวกินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ไม้หรือกินแมลง) |
| 5.4                | การเดิน        | ทางออกจากพื้นช่          | ที่นอกบ <sup>ร</sup>    | ริเวณที่เ      | พักอาศัย (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
|                    | 1. ระบุ        | ตำบล                     |                         | ວິ′            | าเภอ จังหวัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
|                    | ·              | สภาพพื้นที่              | □ 9/                    | เ่งนา          | 🗌 คอกสัตว์ 🔻 🗎 อื่น ๆ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
|                    | 2. ระบุ        |                          |                         |                | าเภอ จังหวัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
|                    | '              | **                       |                         |                | 🗌 คอกสัตว์ 🔲 อื่น ๆ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |
|                    |                |                          |                         | '              | . ,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |
| <b>3</b> . การ     | ะคันหาผู้      | <u> เ</u> ุ้ส้มพัสโรค ภา | ยใน 3                   | 0 วัน ห        | <b>า</b> ลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| รายเ               | สิ่อผู้สับผู้ส | สร่างเข้างเ/โรงเรีย      | ıq ı /୭វq ı <i>୭</i> វq | เ (ผู้ที่อย    | มู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ล้ายผู้ป่าย)    |
| <i>a</i> 10        | 1 ON PLANE     | 119 99/ 0 18/ 99 19 90   | T                       | א נקווטנָ<br>ד | O IRMANITRALACTION TO IRRANGATION SERVICE MISSION TO THE STATE OF THE |                 |
| ลำดับ              |                | ชื่อ-สกุล                | อายุ<br>(ปี)            | เพศ            | อาการป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ความสัมพันธ์    |
|                    |                |                          |                         |                | 🗆 ไม่มี 🗆 มีอาการ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |
| 1.                 |                |                          |                         |                | วันที่เริ่มป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|                    |                |                          |                         |                | 🗌 ไม่มี 🗎 มีอาการ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |
| 2.                 |                |                          |                         |                | วันที่เริ่มป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|                    |                |                          |                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| 3.                 |                |                          |                         |                | ่ □ ไม่มี □ มีอาการ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |
|                    |                |                          |                         |                | วันที่เริ่มป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| 4.                 |                |                          |                         |                | 🔲 ไม่มี 🔲 มีอาการ ระบุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |
| 4.                 |                |                          |                         |                | วันที่เริ่มป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|                    | '              |                          |                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|                    |                |                          |                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|                    |                |                          |                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| ์<br>ไห้ข้อม       | ມຄ             |                          |                         |                | หมายเลขโทรศัพท์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| ,                  | •              |                          |                         |                | ตำแหน่ง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
|                    |                |                          |                         |                | อำเภอ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
|                    |                |                          |                         |                | หมายเลขโทรศัพท์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|                    | _ 3. 0 20      |                          |                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| <i>የ</i> ያነገዩ!! ዓጸ | ต - เยื่องห้   | ์<br>เบลบองอักเสบ ส      | าเหตุลาร                | าเชื้อแขเ      | คทีเรีย (เช่น S. pneumoniae, H. influenzae) และเ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ชื่อรา          |
|                    |                |                          |                         |                | การเอง (เงน 3. prieuriorinae, 11. inglaerizae) และ<br>ด้ ระยะสั้ง 12-1 วัง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0001            |