แบบสัมภาษณ์ผู้สัมผัสที่ไม่มีอาการของผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสโคโรนา 19

ชื่อ - นามสกุล......................................................... เพศ ο ชาย ο หญิง อายุ ......... ปี.........เดือน สัญชาติ .......... อาชีพ(ระบุลักษณะงานที่ทําอย่างละเอียดเช่นบุคลากรทางการแพทย์เ) ...............................................................................สถานที่ทํางาน/สถานศึกษา.............................................เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้............................................................เลขที่บัตรประชาชน...........................................................ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.......................................................... วันสัมผัสผู้ป่วยวันแรก..................................................วันที่สัมผัสผู้ป่วยวันสุดท้าย....................................................... ที่อยู่..เลขที่ .................. หมู่ที่ ........... หมู่บ้าน................... ซอย ............................ ถนน .............................................ตําบล ................................................. อําเภอ .................................................... จังหวัด ..............................................โรคประจําตัว..............................................

2. สัมภาษณ์แผนการเดินทางในช่วง14 วันหลังสัมผัสผู้ป่วย

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่ | กิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับผู้อื่น | จำนวนผู้ร่วม |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ลงชื่อ ผู้สัมภาษณ์……………………………………..ตำแหน่ง......................................................................เบอร์โทรศัพท์...........................................................