



เอกสารประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ในการจัดสอบขั้นตอนที่ 3 ทักษะทางคลินิก (OSCE)

สำหรับผู้เข้าสอบ

ประจำปี พ.ศ. 2564 วันที่ 7 มีนาคม 2564

ข้าพเจ้า นาย/น.ส.

สถาบันที่สังกัด

รหัสประจำตัวผู้เข้าสอบ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

| ลำดับ | รายละเอียด/ประวัติอาการ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|-------|--|-----|--------|
| 1 | ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - มีอาการไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป ร่วมกับ เจ็บคอ ไอ น้ำมูกไหล จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก | | |
| 2 | มีประวัติเดินทางไป หรือมาจาก หรือ อยู่อาศัย ในต่างประเทศ รวมการเดินทางผ่าน (transit) ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา (ถ้ามี ระบุประเทศ ถึงไทยวันที่)) | | |
| 3 | มีประวัติเดินทางไป หรือมาจาก พื้นที่ที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ตามประกาศของ ศบค. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา (ถ้ามี ระบุอำเภอ จังหวัด วันที่ไป วันที่กลับ.....) | | |
| 4 | มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น อยู่บ้านเดียวกัน พุดคุยกันโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย | | |
| 5 | มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ ที่พบผู้ป่วยยืนยันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วง 14วัน ที่ผ่านมา | | |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันอาทิตย์ที่ 7 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564