



เอกสารประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ในการจัดสอบขั้นตอนที่ 3 ทักษะทางคลินิก (OSCE)

สำหรับผู้เข้าสอบ

ประจำปี พ.ศ. 2564 วันที่ 4 กรกฎาคม 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 ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ - เจ็บคอ - ไอ - น้ำมูกไหล - จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง ลิ้นไม่รับรส - หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก		
2	มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น อยู่บ้านเดียวกัน พุดคุยกันโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย		
3	มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ ที่พบผู้ป่วยยืนยันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วง 14 วัน ที่ผ่านมา		
4	ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ยังไม่ได้รับวัคซีน		

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันอาทิตย์ที่ 4 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564