**แบบคัดกรองการมาเรียน**

 **วันที่.....................................................**

**ชื่อ-นามสกุล..........................................................................................................ชั้น ..................................................................**

**หมายเหตุ** : กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกช่อง ด้วยตัวบรรจง

**ข้อมูลคัดกรองการมาเรียน**

1. นักเรียนหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน ไปหรือเดินทางมาจากที่ประกาศเป็นเขตควบคุมโรคสูงสุดหรือสถานที่ที่ประกาศพบผู้ติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาบ้างหรือไม่

 □ ไม่เคย □ เคย (โปรดระบุจังหวัด)...................................................สถานที่หรือเมือง.....................................................

 เมื่อวันที่.......................................................................... เดินทางด้วย □ พาหนะส่วนตัว □ ระบบขนส่งสาธารณะ

1. นักเรียนหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน สัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มาจากเดินทางมาจากจังหวัดที่ประกาศเป็นเขตควบคุมโรคสูงสุดหรือสถานที่ที่ประกาศพบผู้ติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาบ้างหรือไม่

 □ ไม่ใช่ □ ใช่ (โปรดระบุจังหวัด).........................................................สถานที่หรือเมือง..............................................

เมื่อวันที่..................................................................................................................................................................

1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา นักเรียนหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน ได้ไปในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า หรือ ขนส่งสาธารณะที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 หรือไม่

□ ไม่เคยไป □ เคยไป (โปรดระบุสถานที่) ...............................................เมื่อวันที่..............................................................

1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา นักเรียนหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน เคยสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน Covid -19 หรือไม่

□ ไม่เคย □ เคย (โปรดระบุ) วันที่สัมผัส...................................สถานที่...............................................................

 **(หากเคยกรุณาตอบคำถามข้อ 4.1-4.4)**

4.1 □ รับประทานอาหารร่วมกัน

4.2 □ พูดคุยกันโดยไม่สวมหน้ากาก หรือสวมแต่ไม่ถูกต้องในระยะใกล้ น้อยกว่า 1 เมตร นานกว่า 5 นาที

4.3 □ อยู่ใกล้กันในพื้นที่ ที่อากาศถ่ายเทไม่ดีโดยไม่สวมหน้ากากหรือสวมแต่ไม่ถูกต้องในระยะใกล้ น้อยกว่า 1 เมตร นานกว่า 15 นาที

1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา นักเรียนหรือครอบครัวหรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน มีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 □ ไม่มีอาการใด ๆเลย

 □ มี (ระบุอาการ) □ มีไข้ □ มีน้ำมูก □ เจ็บคอ □ หายใจลำบาก/เหนื่อย □ มีผื่นขึ้น □ ตาแดง □ ถ่ายเหลว

 □ ไม่ได้กลิ่น □ ไม่รับรส □ อื่น ๆ (ระบุ).............................................................................................................

 วันที่เริ่มป่วย หรือมีอาการ.................................................................................................................................................

การปฏิบัติตัว □ ไม่ได้ทำอะไรเลย □ ไปพบแพทย์ □ ซื้อยามาทานเอง □ อื่น ๆ ระบุ ..........................

1. การล้างมือของนักเรียนหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน

□ ไม่ได้ล้างมือ □ ล้างมือนานๆครั้งน้อย □ ล้างมือบ่อยปานกลาง □ ล้างมือบ่อยมาก

1. การสวมหน้ากากอนามัยของนักเรียนหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน

□ ไม่ได้ใส่ □ ใส่นานๆครั้ง □ ใส่เกือบทุกครั้งเมื่ออยู่กับคนอื่น □ ใส่ตลอดเวลาที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย

**ความคิดเห็นของครูประจำชั้น**

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

 ลงชื่อ ...............................................................

 (....................................................)

 วันที่ ................/.................../...................