# แบบสอบสวนไข้ไม่ทราบสาเหตุ/ไข้ที่ไม่พบความผิดปกติ

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุล.....  เลขที่บัตรประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _

อายุ.....ปี  เพศ (  ) ชาย  (  ) หญิง  อาชีพ.....  ศาสนา.....

ชื่อ – สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....ซอย .....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

(  ) ในเขตเทศบาลนคร  (  ) ในเขตเทศบาลเมือง (  ) ในเขตเทศบาลตำบล  (  ) ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....ซอย .....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

(  ) ในเขตเทศบาลนคร  (  ) ในเขตเทศบาลเมือง  (  ) ในเขตเทศบาลตำบล (  ) ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ (  ) ป่วย วินิจฉัย ..... (  ) ไม่ป่วย

วันเริ่มป่วย.....  วันที่มาโรงพยาบาล.....  วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา (  ) กำลังรักษา  (  ) หาย  (  ) เสียชีวิต  (  ) ส่งต่อ ระบุ.....

## 2. อาการและอาการแสดง

| อาการ/ระบบ | **รายละเอียด** | **วันเริ่มมีอาการ** |
|---|---|---|
| ไข้ | | |
| ทางเดินหายใจ | | |
| ทางเดินอาหาร | | |
| ระบบหลอดเลือด | | |
| ระบบประสาท | | |
| กระดูกเนื้อเยื่อ | | |
| ระบบสืบพันธุ์ | | |
| ระบบหู คอ จมูก ตา | | |
| ผิวหนัง | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

| สิ่งส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | วันที่ส่ง | ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|---|---|---|---|
| CBC | | | |
| UA | | | |
| Stool | | | |
| Blood | | | |
| Serology | | | |
| X-ray | | | |
| BM | | | |
| Lymph Node | | | |
| | | | |

**4. การรักษา**

| ยาปฏิชีวนะ | วันที่เริ่มให้ | วิธีการให้ | ผลการรักษา |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**5. ประวัติการสัมผัสโรค/แหล่งรังโรค**

5.1 **ในระยะ 30 วันก่อนมีไข้** เดินทางไปที่ใด

( ) มี ระบุ ... ( ) ไม่มี

| สถานที่เดินทางไป | ระยะเวลา |
|---|---|
| | |
| | |

5.2 **ในระยะ 30 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย** มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

| ชื่อ-นามสกุล | อายุ | เพศ | ที่อยู่ | วันเริ่มป่วย |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

**6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค**

6.1 **ในระยะเวลา 7 วันหลังวันเริ่มป่วย** มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน มีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

| ชื่อ-นามสกุล | อายุ | เพศ | ที่อยู่ | วันเริ่มป่วย |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

ชื่อผู้สอบสวน.....**..** ตำแหน่ง.....**..**

ที่ทำงาน.....

สอบสวน..... โทรศัพท์.....