แผนกศัลยกรรม/問診票

記入者　所属
　　氏名

ชื่อและนามสกุล/患者氏名		เพศ性別	☐ เพศชาย/男性　☐ เพศหญิง/女性
		อายุ/年齢	ปี/歳

มีอาการอย่างไร
今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

☐ มีไข้/発熱　☐ เวลาหายใจมีเสียงฮึดๆ ด้วย/ぜーぜー言う　☐ ไอ/咳　☐ มีเสมหะ/痰　☐ รู้สึกเจ็บบริเวณทรวงอก/胸痛　☐ หายใจหอบ/息苦しさ

☐ แนะนำจากโรงพยาบาลอื่นๆ (รวมตรวจสุขภาพ)/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）

☐ อื่นๆ/その他：（　　）

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่?
この症状はいつからありますか。

☐ มีไข้/発熱 _____ ปีพ.ศ./年 _____ เดือน/月 _____ วันที่/日　AM /午前、PM /午後 _____ กี่โมง/時

☐ ไอ/咳 _____ ปีพ.ศ./年 _____ เดือน/月 _____ วันที่/日　AM/午前、PM/午後 _____ กี่โมง/時

ตั้งแต่ปลายปี 2019 จนถึงปัจจุบัน คุณเป็นโรคไข้หวัดใหญ่หรือไม่
2019年末頃から現在にかけて、ご自身がインフルエンザにかかりましたか。

☐ ไม่ใช่/いいえ ☐ ใช่/はい

คนรอบข้างคุณมีอาการเหมือนกันหรือไม่
まわりに同様の症状の方はいますか。

☐ ไม่มี/いいえ ☐ มี/はい ⇒（เช่น ลูกเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น...
子どもがインフルエンザに係っている等）

คุณเคยไปKantoกับKansaiภายใน2 อาทิตย์ที่เกิดอาการ
発症から2週間以内に関東・関西地域など流行地域を訪問・滞在しましたか。

☐ ไม่ใช่/いいえ ☐ ใช่/はい

ไปKantoกับKansaiทำอะไร?
/滞在期間・目的を教えてください。

อยู่กี่วัน/滞在期間 _____ ปีพ.ศ./年 _____ เดือน/月 _____ วันที่/日 ～ _____ ปีพ.ศ./年 _____ เดือน/月 _____ วันที่/日

ไปทำอะไร/滞在目的 【　　】

คุณเคยไปที่ไหนนอกเอะฮิเมะ
参考にお聞かせください。上記以外での訪問・滞在場所があれば教えてください。

ที่ไหน/滞在場所 【　　】 อยู่กี่วัน 滞在期間 _____ ปี年 _____ เดือน月 _____ วันที่日 ～ _____ ปี年 _____ เดือน月 _____ วันที่日

ที่ไหน/滞在場所 【　　】 อยู่กี่วั 滞在期間 _____ ปี年 _____ เดือน月 _____ วันที่日 ～ _____ ปี年 _____ เดือน月 _____ วันที่日

＊คุณเคยสัมผัสผู้ป่วยCOVID19หรือผู้ที่สงสัยว่าเป็นCOVID19ภายในระยะ2เมตรหรือไม่
＊流行地域の原因不明肺炎の患者、またはその疑いがあるがある患者と２メートル以内で接触しましたか。

☐ ไม่ใช่/いいえ ☐ ใช่/はい