

แบบบันทึกการสอบสวนโรคเยื่อตาอักเสบ

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.

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ป่วย <input type="checkbox"/> วินิจฉัย..... <input type="checkbox"/> ไม่ป่วย
วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....
ผลการรักษา..... ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีด้า	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เลือดออกที่เยื่อตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
น้ำเหลืองครั้ง1				
น้ำเหลืองครั้ง2				
Conjunctival swab	Virus isolation			

4. การรักษา

สถานที่รักษา	ยาที่ให้	วันที่เริ่มให้	ผลการรักษา

5. ปัจจัยเสี่ยง/ พฤติกรรมเสี่ยง

อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้ของร่วมกัน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ