

แบบสอบถาม การฉีดวัคซีนและการตรวจหาเชื้อโควิด-19

1. ท่านเคยรับการฉีดวัคซีน หรือไม่

ไม่เคย เคย * ชื่อวัคซีน.....สถานที่.....
เข็มที่ 1 วันที่..... เข็มที่ 2 วันที่

2. ท่านเคยเข้ารับการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 หรือไม่

ไม่เคย
 เคย * วันที่ตรวจล่าสุด ผลการตรวจ

3. ท่านเคยเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 หรือไม่

ไม่เคย เคย ความสัมพันธ์

อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่ อยู่บ้านเดียวกัน ไม่อยู่บ้านเดียวกัน

วันที่ติดต่อหรือสัมผัส / ใกล้ชิดผู้ป่วย.....
ผู้ป่วยทราบผลการติดเชื้อวันที่

4. การกักตัว

ไม่เคย เคย เนื่องจาก.....
ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่..... สถานที่.....

5. ท่านเคยเป็นผู้ป่วยโควิด-19 หรือไม่

ไม่เคย เคย ทราบการติดเชื้อวันที่..... โดยเข้ารับการรักษาตัว
ที่สถานพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....

()

วันที่