

แบบสอบถามโรคมือ เท้า ปากเปื่อย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เลขที่บัตรประชาชน ----

อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องกับ.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

ผลการรักษา ① กำลังรักษา ② หาย ④ ไม่สมัครใจอยู่ ⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

③ เสียชีวิต วันที่..... สาเหตุการเสียชีวิต :  มีภาวะขาดสารอาหาร  มีโรคแทรกซ้อน

อื่น ๆ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้ ①มี .....วัน ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	เจ็บหน้าอก ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่	ชัก ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
กระพุ้งแก้ม/เหงือก ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	คอแข็ง ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	ซึม ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	สับสนหรือระดับ ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ก้น ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	ความรู้สึกลดลง ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	หมดสติ ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
หอบเหนื่อยง่าย ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	อื่น ๆ ระบุ .....
แน่นหน้าอก ①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ	วันที่ทราบผล

#### 4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
  - ① ได้พบแพทย์      ② พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข      ③ อื่น ๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ..... แพทย์ผู้รักษา .....
- เป็นผู้ป่วยประเภท ① ผู้ป่วยนอก      ② ผู้ป่วยใน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU หรือไม่
  - ① ไม่ได้เข้า ICU      ② เข้า ICU

#### 5. ปัจจัยเสี่ยง

- ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วันก่อนวันเริ่มป่วย
  - ผู้ป่วยเดินทางไปต่างจังหวัดหรือไม่
    - ① เดินทาง ระบุจังหวัด ..... วันที่กลับ ..... ② ไม่ได้เดินทาง
  - มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือชาวต่างชาติมาเยี่ยม หรือไม่
    - ① มี
      - 1. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
      - จากประเทศ.....มาถึงประเทศไทย เมื่อ .....
      - 2. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
      - จากประเทศ.....มาถึงประเทศไทย เมื่อ .....
    - ② ไม่มี

#### 6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน ในชุมชน ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

- ที่บ้าน
  - ① มี ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....      ② ไม่มี  
ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....
- ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก
  - ① มี ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... ที่อยู่ ..... ② ไม่มี  
ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... ที่อยู่ .....

หมายเหตุ ระยะฟักตัว 3 – 5 วัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....  
ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....