

เอกสารประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ในการจัดการสอบ.....
วันที่

ข้าพเจ้า
 สถาบันที่สังกัด.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ใช่ หรือ ไม่ใช่ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	รายละเอียด ประวัติอาการ	ใช่	ไม่ใช่
1.	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ○ มีอาการไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป ร่วมกับ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ - เจ็บคอ - ไอ - น้ำมูกไหล - จมูกไม่ได้กลิ่น หรือ ได้กลิ่นลดลง ลิ้นไม่รับรส - หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก		
2.	มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น อยู่บ้านเดียวกัน พุดคุยโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย		
3.	มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือ สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ ที่พบผู้ป่วยยืนยันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วงเวลา 14 วัน ที่ผ่านมา		
4.	ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ○ ได้รับวัคซีน.....เข็มที่ 1 แล้ว เมื่อวันที่..... ○ ได้รับวัคซีน.....เข็มที่ 2 แล้ว เมื่อวันที่..... ○ ได้รับวัคซีน.....เข็มที่ 3 แล้ว เมื่อวันที่..... ○ ยังไม่ได้รับวัคซีน		

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (.....)

วันที่