

**แบบฟอร์มคัดกรอง/ยินยอมของผู้ขอเข้าฝึกปฏิบัติงาน  
เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)**

โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วันที่คัดกรอง.....

ให้ท่านกรอกข้อมูลและใส่เครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับท่าน ตามความเป็นจริง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สถาบันที่ศึกษา/ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน.....ความสัมพันธ์.....

หน่วยงานจะเข้าฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตากสิน.....

**ประวัติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)**

๑.	มีประวัติมีไข้ กินยาลดไข้ ตัวร้อน ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๒.	มีอาการไอ เสมหะ ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๓.	มีอาการเจ็บคอ ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๔.	มีน้ำมูก ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๕.	มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๖.	มีอาการจามูกไม่ได้กลืน ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๗.	มีอาการลิ้นไม่รับรส ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๘.	มีประวัติติดต่อหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๙.	มีประวัติได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่า ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๑๐.	ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ครบ ๓ หรือ ๔ เข็ม (เป็นอย่างน้อย) และนานอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ นับจากเข็มสุดท้าย ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ๓ เข็ม , <input type="checkbox"/> ๔ เข็ม , <input type="checkbox"/> ๕ เข็ม เข็มที่ ๑ ..... เข็มที่ ๒ ..... เข็มที่ ๓ ..... เข็มที่ ๔ ..... เข็มที่ ๕ .....	

โดยข้าพเจ้า

๑. ขอรับรองข้อมูลดังกล่าวข้างต้นของข้าพเจ้าว่าเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้อความข้างต้นไม่ตรงตามความเป็นจริง

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบผลของการปกปิดข้อมูลของข้าพเจ้าตามแนวทาบปฏิบัติที่โรงพยาบาลตากสินกำหนด

๒. ยินยอมปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

ที่โรงพยาบาลตากสินกำหนด

๓. ยินยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ขณะที่ยื่นปฏิบัติงาน

ณ โรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....

(.....)

**หมายเหตุ**

เพื่อความปลอดภัยต่อส่วนรวม หลังท่านตอบแบบคัดกรองฯ แล้ว กรณีท่านมีความเสี่ยงเกิดขึ้นข้อใดข้อหนึ่ง ตามข้อ ๑ - ๑๐ ข้างต้น

ขอความกรุณาติดต่อที่หน่วยงานที่ท่านขอเข้าฝึกปฏิบัติงานทันที