**รายงานเฝ้าระวัง COVID-19 ชาวต่างชาติ การติดตามผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ**

**และประเทศพื้นที่เสี่ยง ทั้งคนไทยและต่างชาติ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูลทั่วไป** | | | | |
| ชื่อ-สกุล (ไทย)........................................................................... | | | ชื่อ-สกุล (อังกฤษ)…………………………………………… | |
| เลขประจำตัวประชาชน /passport Number ………………………………………………………………………………………… | | | | |
| เพศ.................... | อายุ.................ปี | สัญชาติ…………………………….. | | เชื้อชาติ……………………………….. |
| เบอร์โทรศัพท์...................................................................................................................................................................................... | | | | |
| **ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ในประเทศไทย** | | ................................................................................................................................. | | |
| อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ)............................................................................................................................................................... | | | | |
| ............................................................................................................................................................................................................ | | | | |
| สถานที่ทำงาน..................................................................................................................................................................................... | | | | |
| สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน | | จำนวน ............................... คน | | |
| 1. ชื่อ- สกุล....................................................................... เพศ......... อายุ..........ปี สัญชาติ...................... สถานะ............................. | | | | |
| 2. ชื่อ- สกุล....................................................................... เพศ......... อายุ..........ปี สัญชาติ...................... สถานะ............................. | | | | |
| 3. ชื่อ- สกุล....................................................................... เพศ......... อายุ..........ปี สัญชาติ...................... สถานะ............................. | | | | |
| 4. ชื่อ- สกุล....................................................................... เพศ......... อายุ..........ปี สัญชาติ...................... สถานะ............................. | | | | |
| 5. ชื่อ- สกุล....................................................................... เพศ......... อายุ..........ปี สัญชาติ...................... สถานะ............................. | | | | |
|  | | | | |
| **ข้อมูลการเดินทางและการเจ็บป่วย** | | | | |
| ประเทศหรือเมืองที่เดินทางมา ....................................................................................................................................................... | | | | |
| **วันที่เดินทางเข้ามาประเทศไทย** | | ............................................................................................................................ | | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุอาการ................................................................................................... | | | | |
| กรณีมีอาการเข้ารับการรักษาที่ ...................................................................................................................................................... | | | | |
| หลังจากเดินทางมาประเทศไทยได้หยุดงานสังเกตอาการภายใน 14 วันหรือไม่ 🗆 ไม่ 🗆 หยุดงานและสังเกตอาการ | | | | |

ลงชื่อผู้รายงาน............................................................

วันที่รายงาน ..............................................................

หน่วยบริการ..............................................................