

ธนาคารโลหิต โรงพยาบาลราชบุรี

ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

Please answer the questionnaire truthfully to prevent the spread of infection

แบบคัดกรองตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัส COVID-19

Self-screening to assess the risks of COVID-19 virus transmission

1. เพศ / Gender ชาย / Male หญิง / Female

2. อายุ / Age ปี / yrs.

3. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ? Do you have any of these symptoms?

ไข้/ Fever

ไอ/ Cough

เจ็บคอ/ Sore throats

น้ำมูกไหล/ Runny nose

หายใจเหนื่อยหอบ/ Shortness of breath

ไม่มีอาการเหล่านี้/ None of these symptoms

4. ท่านเดินทางมาจาก/ ผ่านประเทศ ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์หรือไม่?

Did you travel from/ transit countries which have COVID-19 outbreak within the past 4 weeks?

ใช่ / Yes

ไม่ใช่ / No

จากประเทศ / from

พักอยู่ในประเทศนั้นกี่วัน How long did you stay?day(s) เดินทาง กลับมา

นานกี่วัน How long have you left there?day(s)

5. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่?

Did you contact with suspected COVID-19 virus patients within the past 4 weeks?

ใช่ / Yes

ไม่ใช่ / oN

6. ท่านเพิ่งหายจากไข้ไวรัส COVID-19 Have you recovered from COVID-19 virus infection?

ใช่ / Yes

ไม่ใช่ / oN

เป็นเวลา / for สัปดาห์ / weeks

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ หากท่านมีอาการตามที่ระบุใน ข้อ 3 หลังบริจาคโลหิตไปแล้วโปรดแจ้งธนาคารโลหิตทันที

ขอขอบคุณในความร่วมมือ - Thank you for your cooperation