

## แบบประเมินคัดกรองผู้มีสิทธิ์สอบก่อนเข้าห้องสอบ

**วัตถุประสงค์ :** แบบสอบถามก่อนเข้าห้องสอบ เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้เข้าสอบและผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้ผู้มีสิทธิ์สอบเข้าห้องสอบ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ควบคุมการสอบฯ

ชื่อ-สกุล .....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....  
 ที่อยู่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับที่	รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	มีไข้ $\geq 37.3$ องศาเซลเซียส			
	1.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด - 19 ในห้วงวันที่ 20 ก.พ. - 5 มี.ค. 65 (14 วันก่อนสอบ)			
	1.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุประเทศ ..... ถึงเมืองไทย ณ วันที่.....)			
	1.3 มีประวัติเดินทางออกนอกพื้นที่อาศัย ในห้วง 14 วันก่อนสอบ (เดินทางไปอำเภอ ..... จังหวัด..... วันที่ไป.....)			
2	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่			
	2.1 รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวอ่อนเพลีย			
	2.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ			
	2.3 มีน้ำมูก			
	2.4 เจ็บคอ			
	2.5 ปวดศีรษะ			
	2.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	2.7 มีอาการได้ยินเสียงที่ผิดปกติหรือเริ่มมีปัญหาการได้ยิน			
	2.8 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง			
	2.9 ลิ้นไม่รู้รส หรือลิ้นได้รับรู้รสน้อยลง			
	2.10 ท่านรับประทานยาอะไรบ้างเพื่อบรรเทาอาการในข้อ 2.1-2.9 ระบุ(ถ้ามี).....			
3	ท่านเป็นบุคคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโควิดหรือไม่			

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ .....

(.....)

ลงชื่อผู้คัดกรอง .....

(.....)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

(หมายเหตุ\*\* กรุณานำแบบประเมินนี้มายื่นเจ้าหน้าที่ควบคุมห้องสอบของตนเองในวันสอบ)