**ตารางสำรวจสุขภาพตนเอง**

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเลขหนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14วัน | วันที่ | อุณหภูมิร่างกาย | ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีผลตรวจ RT-PCR เป็นบวกหรือไม่ | มีไข้ เหนื่อยล้า หายใจไม่สะดวก หรืออื่นๆ ที่น่าสงสัยหรือไม่ | ได้ทานยาลดไข้ แก้หวัดหรือยาอื่นๆหรือไม่ |
| วันที่1 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่2 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่3 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่4 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่5 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่6 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่7 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่8 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่9 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่10 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่11 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่12 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่13 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |
| วันที่14 |  |  | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ | ใช่ ไม่ใช่ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วน หากมีการปกปิดข้อมูล ยินดีรับโทษตามกฎหมาย

ลงชื่อ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เบอร์โทรติดต่อ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_