

## แบบสอบสวนโรค มือ เท้า ปาก ง่ายๆ

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย.....เลขที่บัตรประชาชน.....  
 อายุ.....ปี เพศ 1 ชาย 2 หญิง  
 อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....เกี่ยวข้องกับ.....  
 (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องกับ.....  
 ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน.....ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
     1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.  
 ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
     1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.  
 วันเริ่มป่วย.....วันที่มาโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....  
 ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 4 ไม่สมัครใจอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....  
     3 เสียชีวิต วันที่.....สาเหตุการเสียชีวิต : 1 มีภาวะขาดสารอาหาร 2 มีโรคแทรกซ้อน  
     3 อื่นๆ ระบุ.....

### 2. อาการและอาการแสดง

ไข้ 1 มี.....วัน 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	เจ็บหน้าอก 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่กระพุ้งแก้ม/เหงือก 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	ชัก 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
	คอแข็ง 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	ซึม 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	สับสนหรือระดับความรู้สึกลดลง 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลเป็นที่ก้น 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	
คลื่นไส้ อาเจียน 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	หมดสติ 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ
หอบเหนื่อยง่าย 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ.....
แน่นหน้าอก 1 มี 2 ไม่มี 9 ไม่ทราบ	

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ	วันที่ทราบผล

#### 4 การรักษา

- รับการตรวจรักษา ที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ได้พบแพทย์ 2 พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 อื่นๆ ระบุ.....

- ได้รับการวินิจฉัยโรค.....แพทย์ผู้รักษา.....

- เป็นผู้ป่วยประเภท 1. ผู้ป่วยนอก 2 ผู้ป่วยใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU หรือไม่

1. ไม่ได้เข้า ICU 2 เข้า ICU

#### 5 ปัจจัยเสี่ยง

- ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วย

1. เดินทาง ระบุ จังหวัด.....วันที่กลับ.....2 ไม่ได้เดินทาง

- มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือชาว ต่างชาติมาเยี่ยมหรือไม่

1. มี

1. ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....  
จากประเทศ.....มาถึงประเทศไทย เมื่อ.....

2. ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....  
จากประเทศ.....มาถึงประเทศไทย เมื่อ.....

2. ไม่มี

#### 6 การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน ในชุมชน ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

1. ที่บ้าน

1. มี ชื่อ.....อายุ .....ปี.....เพศ..... 2 ไม่มี

2 ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก

1. มี ชื่อ.....อายุ .....ปี.....ที่อยู่..... 2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ .....ปี.....ที่อยู่.....

หมายเหตุ ระยะฟักตัว 3 - 5 วัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....