# แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ

**เอกสารนี้สำหรับนักเรียนที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพหรือทำประวัติการฉีดวัคซีนหาย** ให้บิดามารดาหรือ ผู้ปกครองกรอกรายละเอียดลงใน "**แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ"** หรือ **นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ที่เคยรักษานักเรียนหรือเคยฉีดวัคซีนให้กับนักเรียนในวัยเด็กลงข้อมูล** แล้วลงนามรับรองและประทับตราโรงพยาบาลเพื่อรับรองการรักษาหรือการฉีดวัคซีนตามรายละเอียดดังกล่าว แล้วนำเอกสารนี้และแบบฟอร์มตรวจสุขภาพของเอเอฟเอส ไปให้แพทย์เอเอฟเอส (ตามโรงพยาบาลที่กำหนด) สอบถามประวัติและลงข้อมูลในแบบฟอร์มตรวจสุขภาพ

ชื่อ – ชื่อสกุล .....วัน-เดือน-ปี ค.ศ.เกิด.....

ก) เคยเป็นโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ หากเคยเป็น ให้บอกวัน เดือน ปี ที่เป็นด้วย หากไม่เคยเป็น ให้ขีด - เว้นไว้

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. หัด | เมื่อวันที่_____ | เดือน_____ | ปี_____ |
| 2. คางทูม | เมื่อวันที่_____ | เดือน_____ | ปี_____ |
| 3. หัดเยอรมัน | เมื่อวันที่_____ | เดือน_____ | ปี_____ |
| 4. อีสุกอีใส | เมื่อวันที่_____ | เดือน_____ | ปี_____ |

ข) เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ ในวัยเด็ก (บอกวัน เดือน ปี ที่ฉีดวัคซีนแต่ละครั้ง)

| | | เข็มที่ 1 | เข็มที่ 2 | เข็มที่ 3 | เข็มที่ 4 | เข็มที่ 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DPT | 1. คอตีบ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| DPT | 2. ไอกรน | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| DPT | 3. บาดทะยัก | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| OPV/IPV | 4. โปลิโอ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| BCG | 5. วัณโรค | _____ | | | | |
| Hep B | 6. ไวรัสตับอักเสบ บี | _____ | _____ | _____ | | |
| MMR | 7. หัด | _____ | _____ | _____ | | |
| MMR | 8. คางทูม | _____ | _____ | _____ | | |
| MMR | 9. หัดเยอรมัน | _____ | _____ | _____ | | |
| | 10.. อื่นๆ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากมีหลักฐานการรักษาหรือฉีดวัคซีนมาแล้ว ให้นำไปในวันตรวจสุขภาพด้วย

ลงชื่อ_____เยาวชน ลงชื่อ_____ผู้ปกครองตามกฎหมาย

(_____) (_____)

ลงชื่อ_____ เลขอนุญาตใบประกอบโรคศิลป์_____

(_____) แพทย์ผู้รักษา /ประทับตราโรงพยาบาล

ลงวันที่_____