

แบบประเมินที่พักอาศัย

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....

สัมผัสผู้ป่วยรายที่.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยวันสุดท้าย.....

แบบประเมินที่พักอาศัย			
๑. มีผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยร่วมบ้านเดียวกัน	ใช่ <input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>	
๒. มีการพักอาศัยอยู่ในบ้านร่วมกันหลายคน ไม่สามารถหาห้อง+ห้องน้ำแยกใช้จากบุคคลอื่นได้	ใช่ <input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>	
๓. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	ใช่ <input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>	
๔. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงไม่ติดสารเสพติดหรือสุรา	ใช่ <input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>	

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ประเมิน

ให้แยกกักที่สถานที่กักตัวของจังหวัด

บันทึกเพิ่มเติม.....

.....

.....

ชื่อเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....