Novelcorona3

สัมผัสผู้ป่วย รายที่...............................

**แบบสรุปผลการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยันโรคไวรัสโคโรนา 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | Id (เลขบัตรประชาชน) | อายุ | ที่อยู่ | เพศ | สัญชาติ | อาการ | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | เบอร์โทรผู้สัมผัส |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ผู้รายงาน.............................................................เบอร์โทร.....................................................