

แบบฟอร์มการซักประวัติ อาการ/โรคจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อม

HN อายุ ปี เบอร์โทรศัพท์ ว/ด/ป ที่มารับบริการ.....

1. เพศ ชาย หญิง
 2. ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ที่อยู่ที่ทำงาน(คนที่ทำงาน) ที่อยู่โรงเรียน(นักเรียน) โปรดระบุที่อยู่.....
 3. ท่านเริ่มมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล.....วัน
 4. อาการที่มี แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ไอ มีเสมหะตลอดเวลา หอบหายใจเสียงดังหวีด ผื่นที่ผิวหนัง ระคายเคืองตา ตาแดง เจ็บหน้าอก เหนื่อยมากต้องนั่งพักหรือจนทำงานไม่ได้
 5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด ปอด/หอบหืด หวัดเรื้อรัง โรคอื่นๆ
 6. ท่านมีกิจกรรมที่สัมผัสฝุ่น ไม่มี หุงต้มด้วยถ่าน เผาใบไม้/ขยะ กวาดพื้น อื่นๆระบุ.....
 7. ท่านมีกิจกรรมที่สัมผัสฝุ่นระยะเวลา.....(ชม./วัน) บ่อย.....(วัน/สัปดาห์)
 8. สถานที่ทำงานของท่านเป็นอย่างไร ในอาคาร กลางแจ้ง อยู่บ้าน/ทำงานที่บ้าน
 9. ท่านสวมใส่หน้ากากขณะออกจากบ้านหรือไม่ ไม่ สวมทุกครั้ง สวมบางครั้ง ไม่ออกนอกบ้าน
 10. ท่านใช้หน้ากากประเภทใด N 95 หน้ากากอนามัย อื่นระบุ.....
 11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ไม่สูบ สูบ จำนวน.....(มวน/วัน) เคยสูบ สัมผัสควันบุหรี่จากคนในบ้าน/ในที่ทำงาน
 12. ท่านทราบหรือไม่ว่าควันพิษทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ไม่ทราบ ทราบ
 13. การวินิจฉัย.....รหัสโรค.....Comorbidity Z581
- การให้คำแนะนำ การออกกำลังกาย การทำงานหรือกิจกรรมกลางแจ้ง พฤติกรรมสุขภาพและที่พักอาศัย
- กิจกรรมที่ทำให้เกิดฝุ่น โรคประจำตัวและการปฏิบัติตัว
- ความพึงพอใจการรับบริการ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด