



แบบประเมินสุขภาพอนามัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)  
ก่อนออกปฏิบัติงาน “สังเกตอาการผู้สัมผัสเชื้อโรคโควิด-๑๙”

**คำชี้แจง :** โปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อลดความเสี่ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)  
ต่อการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส (COVID-๑๙) แบบประเมินประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ - สกุล นาย / นาง / นางสาว .....
๒. ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ/แขวง..... จังหวัด.....
๓. อายุตัว ..... ปี
๔. ระยะเวลาการเป็น อสม. .... ปี

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านคุณลักษณะบุคคล อาการเจ็บป่วยสำคัญ และประวัติโรคประจำตัว

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด)

๔. ท่านอยู่ระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่  ตั้งครรภ์  ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์

๕. ท่านเป็นผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี  ใช่  ไม่ใช่

๖. ท่านมีอาการสำคัญเหล่านี้หรือไม่

- มีไข้มากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียส  ไอ จาม
- เจ็บคอ  หายใจหอบเหนื่อย
- ไม่มีอาการสำคัญ ดังกล่าว

๗. ท่านเจ็บป่วย / มีโรคประจำตัวเหล่านี้หรือไม่

- โรคปอดเรื้อรัง  โรคไตเรื้อรัง  โรคหัวใจ  โรคฉี่หนู
- โรคถุงลมโป่งพอง  โรคหอบหืด  โรคเบาหวาน  ความดันโลหิตสูง
- ไม่ได้เจ็บป่วยและไม่มีโรคประจำตัว ดังกล่าว

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านจิตใจ

๘. ท่านมีอาการสภาพจิตใจหรือมีความรู้สึก เหล่านี้หรือไม่

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด)

- มีปัญหาการนอน/นอนไม่หลับ  ไม่มีสมาธิจดจ่อในการทำงาน  รู้สึกเบื่อหน่าย เซ็ง
- หงุดหงิด กระทบกระวาน ว้าวุ่นใจ  ไม่อยากพบปะผู้คน
- ไม่มีอาการหรือมีความรู้สึก ดังกล่าว

ขอขอบคุณ ที่เสียสละเวลาให้ร่วมมือในการตอบแบบประเมินสุขภาพอนามัยฯ ในครั้งนี้