

การคัดกรองสุขภาพนักเรียน



ชั้นประถมศึกษาปีที่
ปีการศึกษา

.....

โดย

.....

ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา
เสนอ

(นางสมหมาย อาคะนัย)
ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านนากระเซิง

**แบบบันทึกการมาเรียนและการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
โรงเรียนบ้านบางสะพานน้อย ชั้น.....**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ-สกุล	อุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส)	อาการแสดงเบื้องต้น								มา จาก พื้นที่ เสี่ยง	สมาชิก ใน ครอบครัว ถูก กักตัว/ ป่วย	เวลา มา เรียน
			ไข้	ตาแดง	ผื่น	ไอ	น้ำมูก	เจ็บคอ	เหนื่อย/ หอบ หายใจลำบาก	จมูกไม่ได้กลิ่น หรือ ได้กลิ่นลดลง	ลิ้น ไม่ รู้รส หรือ รับ ลด น้อยลง		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

หมายเหตุ พื้นที่เสี่ยง หมายถึงพื้นที่ที่มีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ พื้นที่ที่มีผู้มีอาการเสี่ยง (ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก) พื้นที่ที่มีคนรวมตัวกันจำนวนมาก หรือ พื้นที่ปิด แออัด อยู่ใกล้ชิดกันมาก (ไม่เกิน 1 เมตร)

ลงชื่อ.....

(.....

)

ชั้น

ครูประจำ