

แบบหนังสือ

คำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

คำสั่งเลขที่/๒๕๖๔

เขียนที่.....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามเงา....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นายเกษม ศิริมา..... ตำแหน่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ สังกัด/หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามเงา....ได้พบว่า
☐เกิดโรคติดต่ออันตราย ☐เกิดโรคระบาด ☐สงสัยว่าเกิดโรคติดต่ออันตราย ☐สงสัยว่าเกิดโรคระบาด
ได้แก่ โรคโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙.....ณ
จึงมีคำสั่งให้ (ชื่อ - นามสกุล)อายุ.....ปี สัญชาติ...ไทย... เพศ ☐ชาย ☐หญิง
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร ถนน.....-.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ☐ มารับการตรวจ ☐ มารับการรักษา ☐ มารับการชันสูตรทางการแพทย์ ☐ มารับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรค ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ณ

(๒) เดินทางมาที่ เพื่อ ☐ แยกกัก ☐ กักกัน ☐ คุมไว้
สังเกต

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.

(๓) นำ(ชื่อ - นามสกุล)อายุ.....ปี สัญชาติ..... เพศ ☐ชาย ☐
หญิง

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร ถนน.....-.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

เพื่อมา ☐ แยกกัก ☐ กักกัน ☐ คุมไว้สังเกต ☐ รับการตรวจ ☐ รับการรักษา ☐ รับการชันสูตร
ทางการแพทย์ ☐ รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ...๒๕๖๔.. เวลา.....น. ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๒๕๖๔.. เวลา น. ณฉัตรชัย คันทรีฮิลล์ อำเภอสามเงา จังหวัดตาก.....

(๔) ☐ นำสัตว์ประเภท จำนวน

ตัว

☐ มารับการตรวจ ☐ มารับการรักษา ☐ มารับการชันสูตรทางการแพทย์ ☐ มารับการป้องกัน
โรค

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ณ

(๕) ให้นำศพ (นาย/นาง/นางสาว)..... ☐ ชากสัตว์ประเภท

.....

ซึ่งตายหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าตายด้วยโรค ณ

☐ ไปรับการตรวจ ☐ จัดการทางการแพทย์ ☐ จัดการด้วยประการอื่นใด

ระบุ.....

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ณ

.....

(๖) ☐ กำจัดความติดโรค/ทำลาย ที่มีหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่ามี
เชื้อโรค.....

☐ แก้ไขปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะโดย

การ.....

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. จนกว่าเจ้าพนักงาน
ควบคุมโรคติดต่อ จะมีคำสั่งให้ยกเลิก

(๗) ☐ กำจัดสัตว์/แมลง/ตัวอ่อนของแมลง ประเภทที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค....

.....

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ.ณ

(๘) ☐ ห้ามกระทำการ/ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.

เนื่องจากอาจก่อให้เกิดสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้โรค แพร่ออกไป

(๙) ☐ ห้ามเข้าไป/ออกจาก

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.

เนื่องจากสถานที่ดังกล่าวเป็นที่เอกเทศซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนดให้เป็นสำหรับแยกกัก
หรือกักกัน คนหรือสัตว์ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด

(๑๐) ☐ เข้าไปใน (บ้าน/โรงเรียน/สถานที่) เลขที่

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.

เพื่อเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมมิให้มีการแพร่ของโรค.....

(๑๑) ☐ เข้าไปในพาหนะ ประเภท ยี่ห้อ รุ่น สี

.....

หมายเลขทะเบียน/หมายเลข ที่มีหรือสงสัยว่ามีโรค

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมมิให้มีการแพร่ของ
โรค.....

อนึ่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อมีอำนาจที่จะเข้าดำเนินการด้วยตนเองหรือมีคำสั่งให้บุคคลอื่นดำเนินการแทนได้ หากท่านไม่พอใจคำสั่งหรือเห็นว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ท่านมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนี้ต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ผู้ทำคำสั่งได้ ภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับทราบคำสั่งนี้

ลงชื่อ

(.....นายเกษม ศิริมา.....)

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับคำสั่ง

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (ถ้ามี)

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (ถ้ามี)

หมายเหตุ กรณีที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเห็นว่ามีคำหรือข้อความที่มีผลบังคับเกินกว่าวัตถุประสงค์ของคำสั่งที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อต้องการจะบังคับ ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อขีดฆ่าคำหรือข้อความดังกล่าวพร้อมทั้งลงลายมือชื่อกำกับไว้