

**แบบคัดกรอง COVID-๑๙ สำหรับโรงเรียนกีฬาจังหวัดชลบุรี**  
**(สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**  
**โรงพยาบาลเอกชน**

ชื่อ (นักเรียน).....สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....นักเรียนชั้น.....ชนิดกีฬา  กรีฑา  เซปักตะกร้อ  
 บาสเกตบอล  ฟุตบอล  ยกน้ำหนัก  ยูโด  ฮอกกี้

**ส่วนที่ ๑**

๑. ท่านมีอาการมีไข้ ตัวร้อน ครั่นเนื้อครั่นตัวหรือมีประวัติมีไข้ ภายใน ๑๔ วัน มีอาการไอ เจ็บคอ มีเสมหะ มีน้ำมูก หรือมีประวัติข้างต้นภายใน ๑๔ วัน  
 มี  ไม่มี
๒. ท่านมีอาการไอ เจ็บคอ มีเสมหะ น้ำมูก หรือมีประวัติไอ เจ็บคอ มีเสมหะ มีน้ำมูก ก่อน ๑๔ วัน  
 มี  ไม่มี

**ส่วนที่ ๒**

๑. ท่านมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดประกอบอาชีพที่เจอกับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหรือไม่  
 มี  ไม่มี
๒. ในระยะเวลา ๑๔ วันที่ผ่านมา ท่านมีญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดเดินทางไป - กลับต่างจังหวัดหรือไม่  
 ไป ระบุจังหวัด.....วันที่เดินทางกลับ.....  
 ไม่ไป
๓. ในระยะเวลา ๑๔ วันที่ผ่านมา ท่านมีญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดเดินทางไป - กลับต่างประเทศหรือไม่  
 ไป ระบุประเทศ.....วันที่เดินทางกลับ.....  
 ไม่ไป
๔. ในระยะเวลา ๑๔ วันที่ผ่านมา ท่านได้ไปสถานที่แออัดที่มีคนจำนวนมาก เช่น ตลาด ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า สนามกีฬา โรงภาพยนตร์ สวนสาธารณะ สวนน้ำ หรือไม่  
 ไป ระบุประเภท.....สถานที่.....วันที่.....  
 ไม่ไป
๕. ในระยะเวลา ๑๔ วันที่ผ่านมา ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก (เกิน ๑๐๐ คน)  
 สถานที่ประกอบศาสนกิจ (วัด/มัสยิด/โบสถ์)  งานเลี้ยงสังสรรค์  งานแต่งงาน  
 งานขึ้นบ้านใหม่  งานอุปสมบท  งานฌาปนกิจ  อื่นๆ.....
๖. อุณหภูมิของนักเรียนในวันที่คัดกรอง.....

ขอให้ท่านควบคุมตัวเองเพื่อสังเกตอาการที่บ้าน ๑๔ วัน ก่อนวันที่โรงเรียนกำหนดให้เดินทางกลับเข้าเรียน และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา (ถ้ามี)

แบบคัดกรอง COVID-๑๙ สำหรับโรงเรียนกีฬาจังหวัดชลบุรี  
(สำหรับผู้ปกครองนักเรียน)

๑. ท่านเดินทางมาส่งบุตรหลานอย่างไร

รถประจำทาง  รถโดยสาร  รถยนต์ส่วนตัว  อื่นๆ .....

๒. ท่านเดินทางมาโรงเรียนกีฬาจังหวัดชลบุรี โดยผ่านอำเภอ จังหวัดใดบ้าง และได้ผ่านจุดคัดกรอง COVID-๑๙ หรือไม่

ผ่าน

ระบุอำเภอ, จังหวัด.....

ผ่านจุดคัดกรอง COVID-๑๙.....

ไม่ผ่าน อยู่อำเภอ.....

ผ่านจุดคัดกรอง COVID-๑๙.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองนักเรียน  
(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

