

2. อาการและอาการแสดง

ตัวเหลือง ตา ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ เหลือง	อาเจียน ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ
ไข้ ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ	ปวดแน่นท้อง/ ท้องอืด ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ
คลื่นเนื้อ ครั่น ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ ตัว	จุดเน้นบริเวณใต้ชาย ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ โครงขา
เบื่ออาหาร ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ	อื่น ๆ
คลื่นไส้ ()มี ()ไม่มี ()ไม่ทราบ	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ

- ซีรัม เจาะเลือดครั้งแรก วันที่ ผลการตรวจ ทราบผลวันที่
เจาะเลือดครั้งสอง วันที่ ผลการตรวจ ทราบผลวันที่
- ผลการตรวจตัวอย่างน้ำ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจเพาะเชื้อ	วันที่ทราบผล
			() พบเชื้อ..... () ไม่พบ	
			() พบเชื้อ..... () ไม่พบ	
			() พบเชื้อ..... () ไม่พบ	

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษา วันที่ เดือน พ.ศ.
() ได้พบแพทย์ () พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข () อื่น ๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค
- รับไว้เป็นผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน วันที่ เดือน พ.ศ.

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำโดยปกติหรือในช่วง 1 เดือน

() ดื่มนมสดระบุชนิดของนม.....	แหล่งผลิตนมระบุ
() ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ	
() ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี () ดม () พาสเจอร์ไรส์ () สเตอริไลซ์	
() กินผักดิบระบุ	() กินไอศกรีม แหล่งที่ซื้อ ระบุ

() ปกติดื่มน้ำ ระบุแหล่งน้ำดื่ม () ดื่ม () ไม่ดื่ม () กรอง () ขวดปิดสนิท
 หอยนางรมดิบ () เคยกิน () ไม่เคยกิน

• โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่น ๆ ระบุ
มื้อเช้า						
มื้อกลางวัน						
มื้อเย็น						

การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ และผู้สัมผัส

- ผู้สัมผัสร่วมบ้าน : ผู้ปรุงอาหาร, คนในครอบครัว มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุชื่อ อายุ เพศ
ระบุชื่อ อายุ เพศ
- ผู้สัมผัสในโรงเรียน : เพื่อนในโรงเรียนมีอาการ ตาเหลือง ตัวเหลืองหรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุชื่อ อายุ เพศชั้นเรียน.....
ระบุชื่อ อายุ เพศชั้นเรียน.....
- ผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงดูเด็ก หรือสถานสงเคราะห์ฯลฯ มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุชื่อ อายุ เพศ ทำหน้าที่
ระบุชื่อ อายุ เพศ ทำหน้าที่
- ผู้สัมผัสในชุมชนเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุชื่อ อายุ เพศที่อยู่
ระบุชื่อ อายุ เพศที่อยู่

หมายเหตุ ระยะฟักตัว

- Viral Hepatitis A 15 – 50 วัน โดยเฉลี่ย 28 – 30 วัน
- Viral Hepatitis B 45 – 180 วัน เฉลี่ย 60 – 90 วัน สั้นที่สุด 2 สัปดาห์ ยาวที่สุด 6 – 9 เดือน
(ที่ตรวจพบ HBs Ag)
- Viral Hepatitis C 2 สัปดาห์ – 6 เดือน ปกติ 6 – 9 สัปดาห์ การติดเชื้อเรื้อรังอาจยาวนานถึง 20 ปี
ก่อนเริ่มมีอาการตับแข็งหรือมีเนื้องอกที่ตับ
- Viral Hepatitis D หรือ Delta hepatitis ประมาณ 2 – 8 สัปดาห์
- Viral Hepatitis E 15 – 64 วัน หรือระหว่าง 26 – 42 วัน ในการระบาดในที่ต่างกัน

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน..... วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....