

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคสุกใสครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

- () ไป ระบุชื่อสถานบริการ.....วันที่.....
() ไม่เคยไป

ประวัติการรับวัคซีน

DOSE 1 () ได้เมื่อ..... () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

DOSE 2 () ได้เมื่อ..... () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ () มี () ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสหรือไม่

() เคย () ไม่เคย

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

5.2 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

() มี () ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

5.3 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

() มี () ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใสหรือไม่

() มี () ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
.....

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....