

ไข้	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
หนาวสั่น	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
อาเจียน	(1) มี ลักษณะอาเจียน ฟุ้ง..	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ผื่น (skin rash)	(1) มี ระบุสัญลักษณ์.....	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
กระสับกระส่าย	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ

เพ้อ (delirium)	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
เขียว (cyanosis)	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
จ้ำเลือด (purpura)	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ช็อค	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 CBC (วันที่.....) WBC=....., N=.....%,
L=.....%, Eo=.....%
Mo=.....% Ba.....% plt=..... RBC=.....
- 3.2 hemoculture (วันที่.....)
ผล.....
- 3.3 ปัสสาวะ (วันที่.....)
ผล.....
- 3.4 CSF Gram stain (วันที่.....)
ผล.....
- 3.5 CSF culture (วันที่.....)
ผล.....
ผล serogroup
- 3.6 drug sensitivity
ผล.....
- 3.7 อื่น ๆ

4. การรักษา

- ซื้อยารับประทานเอง เมื่อวันที่.....ได้แก่ยา
อะไรบ้าง.....
- ไปคลินิก..... เมื่อวันที่.....ได้แก่ยา
อะไรบ้าง.....
- ไปโรงพยาบาลเมื่อวันที่.....ได้แก่ยา
อะไรบ้าง.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ประวัติการสัมผัสโรค (10 วันก่อนป่วย)
- การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ (1) เคย ที่..... (2) ไม่เคย
 - การไปทำพิธีฮัจน์ (ตนเอง/บุคคลในครอบครัว) (1) เคย ที่..... (2) ไม่เคย
 - เคยเดินทางไปไหน (10 วันก่อนป่วย) หรือไม่

ระบุตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

สภาพพื้นที่ (1) ชุมชนแออัด (2) พุงนา (3) อื่น ๆ ระบุ

- มีผู้มาเยี่ยมหรือไม่ (1) มี ระบุ..... (2) ไม่มี
- มีการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ (1) มี ชาติ..... (2) ไม่มี

5.2 บุคคลที่ผู้ป่วยไปสัมผัสก่อนป่วย

ผู้สัมผัสในบ้าน

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

ผู้สัมผัสที่.....

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน/โรงเรียน/เรือนจำ (1) โปรง (2) แออัด
สภาพการถ่ายเทอากาศ (1) ถ่ายเท (2) ไม่ถ่ายเท
- สภาพที่ทำงาน (1) โปรง (2) แออัด
สภาพการถ่ายเทอากาศ (1) ถ่ายเท (2) ไม่ถ่ายเท
- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น/ผู้สัมผัส

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	ทำกิจกรรม เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยอย่างไร	ทำ THROAT/ NASOPHA- RYNGEAL SWAB CULTURE	ผล	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....