3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Total WBC.....% Lymphocyte.....

เพาะเชื้อ () ไม่ได้ทำ () ทำ () ผลเพาะเชื้อ () ไม่พบเชื้อ () พบเชื้อ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคไอกรนครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

() ไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่.....

() ไม่เคยไป

ประวัติการได้รับวัคซีน

DPT 1 () ได้เมื่อ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

DPT 2 () ได้เมื่อ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

DPT 3 () ได้เมื่อ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

DPT 4 () ได้เมื่อ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

DPT 5 () ได้เมื่อ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ () มี () ไม่มี

การรักษา

• Antibiotic () ใช้ ขนาด.....วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

• ผลการรักษา () กำลังรักษา () ไม่สมัครอยู่

() หาย () ตาย เมื่อ.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบเป็นจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 20 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนหรือไม่

() มี () ไม่มี

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

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

5.2 ในช่วง 20 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

() มี () ไม่มี

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

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

5.3 ในช่วง 20 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรณ ที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้าน เดียวกัน

() มี () ไม่มี

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

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

() 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.....

ที่ทำงาน..... วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....