

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช**  
**แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ**

เอกสารนี้ให้ บิดา มารดา หรือนักศึกษาเป็นผู้กรอกรายละเอียด

ชื่อ - สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

**ก. นักศึกษาเคยเป็นโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่**

- |                     |                          |  |                          |            |
|---------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------|
| 1. อีสุกอีใส        | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 2. หัด              | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 3. คางทูม           | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 4. หัดเยอรมัน       | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 5. โปлио            | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 6. ไข้รูมาติก       | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 7. หอบหืด           | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 8. เบาหวาน          | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 9. ปัสสาวะรดที่นอน  | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 10. ตับอักเสบบี, C  | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 11. โรคชักชนิดต่างๆ | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |
| 12. วัณโรค          | <input type="checkbox"/> | เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> | ไม่เคยเป็น |

**ข. นักศึกษาเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆเหล่านี้หรือไม่(กรณีจำวันที่ - เดือน ไม่ได้ ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ศ.ที่ได้รับวัคซีน)**

| วัคซีน          | เคยได้รับ                    |                              |                              |                           | ไม่เคยได้รับ |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------|
|                 | ครั้งที่ 1<br>(วัน เดือน ปี) | ครั้งที่ 2<br>(วัน เดือน ปี) | ครั้งที่ 3<br>(วัน เดือน ปี) | กระตุ้น<br>(วัน เดือน ปี) |              |
| 1. โปลิโอ       |                              |                              |                              |                           |              |
| 2. คอตีบ        |                              |                              |                              |                           |              |
| 3. ไอกรน        |                              |                              |                              |                           |              |
| 4. หัดเยอรมัน   |                              |                              |                              |                           |              |
| 5. ไทฟอยด์      |                              |                              |                              |                           |              |
| 6. หัด          |                              |                              |                              |                           |              |
| 7. คางทูม       |                              |                              |                              |                           |              |
| 8. บาดทะยัก     |                              |                              |                              |                           |              |
| 9. วัณโรค       |                              |                              |                              |                           |              |
| 10. ไข้หวัดใหญ่ |                              |                              |                              |                           |              |
| 11. ไข้เลือดออก |                              |                              |                              |                           |              |
| 12. พิษสุนัขบ้า |                              |                              |                              |                           |              |

**\*\* กรุณากรอกให้ครบถ้วน หากมีหลักฐานการรักษา หรือการฉีดวัคซีนมาแล้ว ถ่ายสำเนาและนำมาในวันรายงานตัว \*\***

ลงชื่อ.....นักศึกษา  
(.....)  
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง  
(.....)  
วันที่...../...../.....