

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ

เอกสารนี้ให้ บิดา มารดา หรือนักศึกษาเป็นผู้กรอกรายละเอียด

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

ก. นักศึกษาเคยเป็นโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่

- | | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| 1. อีสุกอีใส | <input checked="" type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ...2548..... | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 2. หัด | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 3. คางทูม | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 4. หัดเยอรมัน | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 5. โปлио | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 6. ไข้รูมาติก | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 7. หอบหืด | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 8. เบาหวาน | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 9. ปัสสาวะรดที่นอน | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 10. ตับอักเสบบี A, B, C | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 11. โรคชักชนิดต่างๆ | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 12. วัณโรค | <input type="checkbox"/> เคยเป็น | เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |

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

วัคซีน	เคยได้รับ				ไม่เคยได้รับ
	ครั้งที่ 1 (วัน เดือน ปี)	ครั้งที่ 2 (วัน เดือน ปี)	ครั้งที่ 3 (วัน เดือน ปี)	กระตุ้น (วัน เดือน ปี)	
1. โปลิโอ					
2. คอตีบ					
3. ไอกรน					
4. หัดเยอรมัน					
5. ไทฟอยด์					
6. หัด					
7. คางทูม					
8. บาดทะยัก					
9. วัคซีนตับอักเสบบี	3 ม.ค. 63	3 ก.พ. 63	3 มี.ย 63	-	
10. ไข้หวัดใหญ่					<input checked="" type="checkbox"/>
11. ไข้เลือดออก					<input checked="" type="checkbox"/>
12. พิษสุนัขบ้า					<input checked="" type="checkbox"/>

กรอกข้อมูลตามสมุดบันทึกการได้รับวัคซีน

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

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

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