

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 (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. วัณโรค					
10. ไข้หวัดใหญ่					
11. ไข้เลือดออก					
12. พิษสุนัขบ้า					

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

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

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