

サミティヴェート病院シラチャー

新型コロナウイルス問診票

PCR (Covid-19 Test) 新型コロナウイルス PCR 検査 事務処理票

以下の □ に✓をご記入ください。

(ประวัติการติดเชื้อจากผลตรวจPCR)

過去に Covid-19 の PCR 検査で陽性判定を受けたことがありますか

☐ ไม่เคย ない ☐ เคย 有 เมื่อไหร่ いつ.....

●ご希望の検査項目

☐ ตรวจ Covid-19 新型コロナウイルス PCR 検査のみ (3,000 .-)

☐ ตรวจ Covid-19 + ใบรับรองแพทย์

新型コロナウイルス PCR 検査 + 診断書(3,200 .-)

☐ ตรวจ Covid-19 + ใบรับรองแพทย์(เดินทางไปต่างประเทศ)

新型コロナไวรัส PCR 検査 + 航空機搭乗用検査証明書 (3,200 .-)

●お支払い方法

☐ ชำระเงินเอง 個人支払い

☐ เงินสด 現金

☐ บัตรเครดิต クレジットカード

☐ วางบิลบริษัท 会社請求(契約会社のみ)

ชื่อบริษัท 会社名 :

●ใบเสร็จออกเป็นชื่อคนไข้ หรือในนามบริษัท 請求書名义

ชื่อคนไข้ 患者様名

ในนามบริษัท 会社名

名刺 又は住所。及び納税番号(13 桁)

ชื่อบริษัท 会社名 :

เลขที่ผู้เสียภาษีอากร 納税番号 :

□□□□□□□□□□□□□□

1. รอบเอว - 腹囲.....Inch(インチ)	2. สูบบุหรี่ - 喫煙 ☐ No ☐ Yes.....本/日
3. ประวัติญาติเป็นเบาหวาน - 直系親族の糖尿病患者の有無 ☐ No ☐ Yes.....	4. ประวัติญาติเป็นมะเร็งลำไส้ - 直系親族の大腸癌患者の有無 ☐ No ☐ Yes.....



COVID-19 問診票 แบบคัดกรอง COVID-19

ชื่อ-สกุล(氏名): วัน/เดือน/ปี เกิด(生年月日): อายุ(年齢):

BT.....°C P...../min R...../min BP.....mmHg SpO₂.....%

การปฏิบัติ: 1) ประเมินประวัติและอาการแสดงในข้อ 1 ข้อ 2 และ 3 2) สรุปผลตามเกณฑ์ ข้อ 1-7 ในตารางสรุปผลการคัดกรองโรค 3) ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ

症状 ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่ はい	ไม่ใช่ いいえ
① 37.5°Cを超える熱がある、又はあった。項目3と同じリスク履歴があります。 ข้อ 1 มีไข้ ≥ 37.5 °C (Fever) และ มีประวัติเสี่ยงตามข้อ 3		
② 項目3のリスクの履歴とともに症状のいずれか。 อาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ร่วมกับ มีประวัติเสี่ยงตามข้อ 3	ใช่ はい	ไม่ใช่ いいえ
2.1 以下の症状はありますか ข้อ 2 มีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้		
• ไอ 咳		• ตาแดง + ไข้ 目の充血 + 熱
• น้ำมูก 鼻水		• ผื่น + ไข้ 発疹 + 熱
• มีอาการจามไม่ได้กลิ่นหรือลิ้นรับรสแปลกๆ ภายใน 14 วัน この14日間、匂いを感じなかったり、味覚の異常があった。		• ท้องเสีย 下痢 ถ่ายเหลว 液体便
• เจ็บคอ 喉の痛み มีเสมหะ 喀痰		• ปวดศีรษะ 頭痛 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 筋肉痛
③ 発症するまでの1ヶ月間について ข้อ 3 มีประวัติในช่วง 1 เดือน ก่อนวันเริ่มมีอาการ (Exposure High Risk)		
3.1 ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ (ตามนิยามของกรมควบคุมโรค) 症状の有無に関わらず、濃厚接触者ですか。(保健省疾病予防局の定義に基づく)		
3.2 สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 (COVID-19) 感染者との濃厚接触があった。		
3.3 มีประวัติปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ 特発性肺炎の病歴がある (Unexplained Pneumonia) ภายใน 48 ชม. 48 時間以内		
3.4 แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็น COVID-19 医師はそれが COVID-19 であると疑っています		
3.5 ตรวจ ATK ด้วยตัวเองผล Positive 自己 ATK テスト、陽性結果 (ภายใน 72 ชม.) 72 時間以内		

สรุปผลการคัดกรองโรค

เกณฑ์	ข้อ 1	ข้อ 2 อาการเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง	ข้อ 3	การส่งผู้ป่วย เข้าตรวจ	แนวทางการปฏิบัติ
1	✓	✓	✓	คลินิกทางเดินหายใจ (ห้องตรวจความดันลบ)	☐ เสี่ยงสูงต่อโรค COVID-19 ส่งตรวจที่ห้องตรวจความดันลบ ห้อง AIR (OCC-MED)
2	✓	×	✓		☐ แพทย์พิจารณาส่งขอ Code PUI online ตามระบบ
3	×	✓	✓		
4	✓	✓	×	ARI Clinic	☐ ส่งตรวจ ARI Clinic
5	×	✓	×		☐ ให้คำแนะนำ ☐ การปฏิบัติตนตาม QR code
6	✓	×	×		
7	×	×	✓	ให้คำแนะนำกลับบ้าน	☐ ให้คำแนะนำ ☐ แจกแผ่นพับการปฏิบัติตน

หมายเหตุ: ถ้ามีไข้และทราบสาเหตุใช้ชัดเจน เช่น ปวดท้อง ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องน้อย ตกขาว หรือสงสัยได้ตั้งอีกเสบ ให้ส่งผู้ป่วยไปแผนกนั้นๆ

ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง ตำแหน่ง.....แผนก.....
() วันที่.....



สมิติเวช
SAMITIVEJ
ศรีราชา SRIRACHA

แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ
Report for Patients Infected with Coronavirus Disease 2019 (Abridgment)

1. ข้อมูลทั่วไป 一般事項

HN..... Passport No. パスポート番号 AB123456
ชื่อ นามสกุล 姓 Mr. Kenji ABE เพศ 性別 ☒ ชาย 男 ☐ หญิง 女 อายุ 年齢 40 ปี สัญชาติ 国籍 Japan

ประเภท 区分: ☐ PUI 感染確率が高い ☐ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ 感染者との濃厚接触 ☐ การค้นหา/สำรวจเชิงรุก 積極的疫学調査

☐ Sentinel surveillance (定点観測調査が行われている) 蔓延地域に行った ☐ อื่นๆ その他.....

อาชีพ 職業 (ระบุลักษณะงานที่ทำงานอย่างละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้สัมผัสกับนักท่องเที่ยว

医療関係者、旅行者と接する担当者等、詳細にご記入ください)

สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา 会社名/学校名 ABC Manufacturing Thailand.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 連絡可能なタイ国内の電話番号 081-3795982

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย タイ国内の住所 (建物名、部屋番号) ABC Condo Sriracha #1234

ลักษณะที่พักอาศัย 住居の形態 ☐ บ้านเดี่ยว 一軒家 ☐ ตึกแถว/ทาวน์เฮ้าส์ タウンハウス

☒ หอพัก/คอนโด/ห้องเช่า 宿舍/コンドミニアム/賃貸住宅

☐ พักห้องรวมกับคนจำนวนมาก เช่น แคมป์ก่อสร้าง หอผู้ป่วยใน รพ. 建築現場の飯場や病院入院棟の大部屋等、大人数の宿泊施設

☐ อื่นๆ その他 ระบุ詳細

การสูบบุหรี่ 喫煙: ☒ ไม่เคยสูบ いえ ☐ ยังคงสูบ はい ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว 喫煙歴あり(現在は禁煙)

2. ข้อมูลทางคลินิก 医療機関情報

น้ำหนัก 体重 70 kg ส่วนสูง 身長 180 cm BMI.....kg/m2

วันที่เริ่มป่วย 発症日..... วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก 初診日.....

วันที่วินิจฉัย Covid-19 Covid-19と診断された日.....

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาทoday 現在治療を受けている医療機関名..... หน่วยงาน 科名.....

ประเภทการรักษา 治療の種類 ☐ Home Isolation ☐ Community Isolation ☐ รพ.สนาม/โรงพยาบาล 野外病院

☐ โรงพยาบาล 病院 ห้อง/部屋..... ☐ อื่นๆ その他 ระบุ詳細

อาการและอาการแสดง(ณ วันที่รายงาน) 報告日の症状:

☐ ไม่มีอาการใดๆ 無症状 ☐ มีอาการ..... ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ 症状はありますが呼吸器系症状は

☐ มีอาการระบบทางเดินหายใจ 呼吸器系の症状あり

O₂ Sat 血中酸素飽和度.....% () ไม่พบเชื้อไวรัส 肺炎 () ใส่เครื่องช่วยหายใจ 人口呼吸器の装着 () เสียชีวิต 死亡

3. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ワクチン(Covid-19)接種履歴

☐ ไม่เคยได้รับ 非接種 ☒ เคยได้รับ 接種済み

มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ 接種記録又は接種の証拠になるものをお持ちですか? () มี 有 () ไม่มี 無い

ครั้งที่ No.	วันที่ได้รับ 接種日	ชื่อวัคซีน ワクチン名	สถานที่ฉีด 接種場所
1回目	2021.1.29	Morderna	Tokyo Japan
2回目	2021.3.12	"	"
3回目	2022.10.7	"	Samitivej Sriracha Hospital.
4回目			

1. ข้อมูลทั่วไป 一般事項

HN..... Passport No. パスポート番号.....

ชื่อ 名前 - นามสกุล 姓 เพศ 性別 ☐ ชาย 男 ☐ หญิง 女 อายุ 年齢 ปี 歳 สัญชาติ 国籍.....

ประเภท 区分 : ☐ PUI 感染確率が高い ☐ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ 感染者との濃厚接触 ☐ การค้นหา/สำรวจเชิงรุก 積極的疫学調査

☐ Sentinel surveillance (定点観測調査が行われている) 蔓延地域に行った ☐ อื่นๆ その他.....

อาชีพ 職業 (ระบุลักษณะงานที่ทำอย่างละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว

医療関係者、旅行者と接する担当者等、詳細にご記入ください).....

สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา 会社名/学校名.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 連絡可能なタイ国内の電話番号.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย タイ国内の住所 (建物名, 部屋番号).....

ลักษณะที่พักอาศัย 住居の形態 ☐ บ้านเดี่ยว 一軒家 ☐ ตึกแถว/ทาวน์เฮ้าส์ タウンハウス

☐ หอพัก/คอนโด/ห้องเช่า 宿舍/コンドミニアム/賃貸住宅

☐ พักห้องรวมกับคนจำนวนมาก เช่น แคมป์ก่อสร้าง หอผู้ป่วยใน รพ. 建築現場の飯場や病院入院棟の大部屋等、大人数の宿泊施設

☐ อื่นๆ その他 ระบุ 詳細

การสูบบุหรี่ 喫煙 : ☐ ไม่เคยสูบ いいえ ☐ ยังคงสูบ はい ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว 喫煙歴あり(現在は禁煙)

2. ข้อมูลทางคลินิก 医療機関用情報

น้ำหนัก 体重.....kg ส่วนสูง 身長.....cm BMI.....kg/m2

วันที่เริ่มป่วย 発症日/...../..... วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก 初診日/...../.....

วันวินิจฉัยโควิด-19 Covid-19と診断された日/...../.....

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน 現在治療を受けている医療機関名 จังหวัด 県名

ประเภทการรักษา 治療の種類 ☐ Home Isolation ☐ Community Isolation ☐ รพ.สนาม/รพ.เฉพาะกิจ 野外科病院

☐ โรงพยาบาล 病院 ห้อง 部屋 ☐ อื่นๆ その他 ระบุ 詳細

อาการและอาการแสดง(ณ วันที่รายงาน) 報告日の症状 :

☐ ไม่มีอาการใดๆ 無症状 ☐ มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ 症状はあるが、呼吸器系の症状は無し

☐ มีอาการระบบทางเดินหายใจ 呼吸器系の症状あり

O₂ Sat 血中酸素飽和度% () เป็นปอดอักเสบ 肺炎 () ใส่เครื่องช่วยหายใจ 人口呼吸器の装着 () เสียชีวิต 死亡

โรคประจำตัว 持病 กรณีเพศหญิง 女性のみ ☐ ไม่ตั้งครรภ์ 妊娠していない ☐ ตั้งครรภ์ 妊娠.....สัปดาห์ 週目

การตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2 SARS-CoV-2 検査内容

วิธีตรวจ 検査方法	วันที่เก็บ 採取日	ชนิดตัวอย่าง 採取検体	สถานที่ตรวจ 検査場所	ผลตรวจ 検査結果
RT-PCR 検査				☐ Detected ☐ Not detected
Antigen 抗原検査				☐ Detected ☐ Not detected
Antibody ครั้งที่ 1 抗体検査 1 回目				☐ IgM..... : ☐ IgG..... : ☐ Neg
Antibody ครั้งที่ 2 抗体検査 2 回目				☐ IgM..... : ☐ IgG..... : ☐ Neg

3. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ワクチン(Covid-19)接種履歴

☐ ไม่เคยได้รับ 非接種 ☐ เคยได้รับ 接種済み

มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ 接種記録又は接種の証拠になるものをお持ちですか? () 有る () 無い

ครั้งที่ No.	วันที่ได้รับ 接種日	ชื่อวัคซีน ワクチン名	สถานที่ฉีด 接種場所
1回目			
2回目			
3回目			
4回目			

4. ประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย (หรือ 14 วันก่อนตรวจพบการติดเชื้อ) 発症前(又は陽性判定前)14日間の感染リスク

• อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด 蔓延地域に居住した又は行った事が ☐ 無い ☐ 有る

o ประเทศไทย タイ国内 ระบุจังหวัด 県名.....

o ต่างประเทศ タイ国外 ระบุประเทศ 国名..... เมือง 都市名.....

• ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ インフルエンザ又は肺炎と似た症状の人との濃厚接触

☐ 有る ☐ 無い

• สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Covid-19感染者との濃厚接触があった。

☐ 無い ☐ 有る ชื่อ 氏名

• ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ

職業上、外国人観光客又は外国人労働者と濃厚接触する機会がある ☐ 有る ☐ 無い

• เดินทางไปในสถานที่หรือทำกิจกรรมที่มีคนหนาแน่นหรือพลุกพล่าน 人が多い場所に行った、又は人が多い行事に参加した事がある

☐ 無い ☐ 有る ระบุ 詳細

• เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 医療・公衆衛生関係者又は研究室スタッフである

☐ ไม่ใช่ いえ ☐ ใช่ はい

o ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 หรือ เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19

Covid-19感染者への看護・サービス、又は検体の採取、運搬、検査を行っている

o ไม่ได้ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 และ ไม่ได้เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19

Covid-19感染者への看護・サービス、又は検体の採取、運搬、検査は行っていない

• ประวัติเสี่ยงอื่นๆ その他のリスク ☐ 無い ☐ 有る ระบุ 詳細.....

5. การค้นหาผู้สัมผัส 濃厚接触者の追跡

• ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง 濃厚接触(高リスク) คน คน ติดตามได้ 追跡可能 คน คน

สถานที่กักตัว 隔離場所 () บ้าน 家 คน คน () สถานที่กักตัว 隔離施設 คน คน

• ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ 濃厚接触(低リスク) คน คน ติดตามได้ 追跡可能 คน คน

สถานที่กักตัว 隔離場所 () บ้าน 家 คน คน () สถานที่กักตัว 隔離施設 คน คน

ผู้รายงาน หน่วยงาน

โทรศัพท์.....วันที่รายงาน.....

RT-PCR Test (Covid-19) 検査の流れと注意事項

1. 検査前に、会計にて検査料金をご精算願います。
 2. RT-PCR 検査を行います。
 3. 検査後はそのままご帰宅ください(日本人相談窓口にお戻りいただく必要はございません)。
 4. **検査結果は、検査翌日 16:00~19:00 の間に、ご本人様が直接日本人相談窓口まで受け取りにお越しください(結果について、当院からの電話連絡はいたしません)。**
- ※ お支払いいただくのは、あくまでも「検査費用」であり、「Covid-19 に関する検査証明」の発行費ではありません。

* ご注意ください *

- ◎ まれに翌日夕方までに検査結果が出ない事があります。この場合、当院からご本人様へ直接電話連絡いたします。
- ◎ 検査結果が「陽性」の場合には、当院からご本人様へ直接電話連絡いたします。
- ◎ 書類には確実に連絡が取れるタイ国内の電話番号をご記入ください。

結果の受け取り

- 検査結果は検査日の翌日に出ます。
- 結果についての書類は、パスポートをご持参の上、検査日翌日の午後 16 時~19 時に日本人相談窓口にてお受け取りください。
- シラチャー院では E メールでの結果送信・ご連絡・郵送・配送は行なっていません。
- 代理人が受け取りに来る場合は、受検したご本人のパスポートと代理人の身分証明書を 1 枚の紙にコピーし、代理人（氏名記載）が受け取る旨を記載してください。（日本語可）
- 代理人の方は、窓口でもパスポート/ID カードの提示が必要です。
- 結果が陽性であった場合や検査結果の判明に更に時間が掛かる場合は、当院からお電話にてご連絡いたします。

* 隔離期間について *

「隔離期間 10 日間」は起算日や日数計算が医師によって多少の違いがあります。受診の際、直接医師にご確認ください。