

แบบสอบถามเหตุการณ์ไฟไหม้บ่อขยะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล.....เพศ () ชาย () หญิง อายุ.....ปี.....เดือน

หมายเลขบัตรประชาชน โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โรคประจำตัว.....การสูบบุหรี่ () สูบ () ไม่สูบ การตั้งครรภ์ () ใช่ () ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับสัมผัส

วันที่ได้รับสัมผัส ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....

สถานที่ได้รับสัมผัส () ในอาคาร () นอกอาคาร () ทั้งในและนอกอาคาร

ระยะเวลาที่สัมผัสโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง / วัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพ

ท่านมีอาการเหล่านี้ หรือไม่	ไม่มี	มี โปรดระบุวันที่และช่วงเวลา ที่มีอาการ (เช่น 1/2/58 , 8.00-12.00)	ไม่ได้ไปพบ แพทย์ (หาเอง)	ไปพบแพทย์	
				ไม่นอน ร.พ.	นอน ร.พ. (ระบุการวินิจฉัยและ ระยะเวลานอน ร.พ.)
คัดจมูก					
แสบจมูก					
น้ำมูกไหล					
ไอ					
หายใจลำบาก					
แน่นหน้าอก					
เวียนศีรษะ					
ปวดศีรษะ					
คลื่นไส้					
อาเจียน					
เหนื่อย					
มองเห็นไม่ชัด					
แสบตา					
ตาแดง					
น้ำตาไหล					
ผื่นแดง					
คัน					
แสบไหม้ผิวหนัง					
อื่นๆระบุ.....					
อื่นๆระบุ.....					

