

## แบบสอบถามโรครายบุคคลสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

คำชี้แจง แบบสอบถามโรครีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบุคลากรสาธารณสุขใช้ในการสอบสวนโรค

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล .....
2. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
3. อายุ ..... ปี
4. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
5. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
6. ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน.....ตำบล .....อำเภอ.....  
จังหวัด.....
7. ระยะเวลาที่ท่านอาศัยในพื้นที่ปัจจุบัน .....ปี .....เดือน
8. อาชีพหลัก
  - 1) ทำนา/ทำสวน/ทำไร่
  - 2) รับจ้างทั่วไป โปรตรระบุ .....
  - 3) ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว โปรตรระบุ .....
  - 4) ข้าราชการ โปรตรระบุ .....
  - 5) นักเรียน/นักศึกษา
  - 6) ผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน โปรตรระบุ .....
  - 7)ว่างงาน/ไม่มีงานทำแน่นอน
  - 8) อื่นๆ โปรตรระบุ.....
9. โรคประจำตัว  1) โรคหอบหืด  2) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  3) โรคหัวใจขาดเลือด  
 4) อื่นๆ โปรตรระบุ .....
10. ยาที่ใช้ประจำ โปรตรระบุ.....
11. การรักษาโรคประจำตัว  1) ต่อเนื่อง (พบแพทย์ตามนัด)  2) ไม่ต่อเนื่อง
13. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  1) ไม่สูบ  
 2) สูบ .....ซอง/มวน สูบมา.....ปี  
 3) เคยสูบแต่เลิกแล้ว (เคยสูบวันละ.....ซอง/มวน) เลิกมา.....ปี
14. ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่หรือไม่  1) ไม่มี  2) มี
15. ในห้องที่ท่านอยู่ประจำมีอุปกรณ์ต่อไปนี้หรือไม่  
 1) ไม่มี  
 2) มี โปรตรระบุ  2.1) เครื่องปรับอากาศ  2.2) เครื่องฟอกอากาศ

## ส่วนที่ 2 อาการแสดงที่อาจเกิดจาก PM<sub>2.5</sub>

16. อาการและอาการแสดง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ถ้าคัดกรองโรคตา และโรคผิวหนังด้วยควรเพิ่มอาการให้ครบ

- 1) หายใจลำบาก     2) หายใจมีเสียงหวีด     3) ไอ  
 4) ผื่นคัน             5) แบนหน้าอก             6) อื่นๆ โปรดระบุ .....

17. ท่านได้รักษาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในข้อ 16 หรือไม่

- 1) ไม่ได้รักษา  
 2) รักษา โปรดระบุ     2.1) ไปพบแพทย์     2.2) ซักยากินเอง

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

17. ค่า PM<sub>2.5</sub> ของวันนี้ (อ้างอิงของอำเภอหรือจังหวัดที่ใกล้เคียงที่สุด โดยดูจาก Air 4 Thai).....

18. สถานที่ และ ระยะเวลาในการสัมผัสพื้นที่สีแดง (โดยดูจาก Air 4 Thai) ก่อนเกิดอาการ 48 ชั่วโมง

18.1 สถานที่.....ระยะเวลา ..... ปี.....เดือน ..... วัน ..... ชั่วโมง

18.2 สถานที่.....ระยะเวลา ..... ปี.....เดือน ..... วัน ..... ชั่วโมง

18.3 สถานที่.....ระยะเวลา ..... ปี.....เดือน ..... วัน ..... ชั่วโมง

19. ข้อมูลการสัมผัส

การสัมผัสฝุ่นละออง/ ควัน/ เขม่า/ ฝ้าปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้านของท่านในระยะเวลา 48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา

แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/ฝ้า	ไม่มี	มี
19.1 ควันจากการสูบบุหรี่ภายในบ้าน		
19.2 ควันจากการประกอบอาหาร		
19.3 ควันจากธูป		
19.4 ฝุ่น/เขม่าควันจาก โรงไฟฟ้าชีวมวล		
19.5 ฝุ่น/ควันรถจากยานพาหนะเช่นฝุ่นจากถนน/ รถบรรทุก		
19.6 ฝุ่น/ควันจากการเผาฟางข้าว/ไร่/นา/อ้อย		
19.7 ควันจากการเผาขยะหรือเศษใบไม้		

การสัมผัสฝุ่นละออง/ ควัน/ เขม่า/ ฝ้าปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้านของท่านในระยะเวลา 48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา

แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/ฝ้า	ไม่มี	มี
19.8 ฝุ่นจากการขุดเจาะหิน/ไม้หิน		
19.9 ฝุ่นจากการก่อสร้าง โปรตระบู.....		
19.10 ฝุ่น/ควันจากโรงงานอุตสาหกรรม ระบุประเภทของโรงงานที่เกิดฝุ่น.....		
19.11 กิจกรรมอื่นๆที่เกิดฝุ่น/ ควัน/ เขม่า/ ฝ้าระบุ.....		

๒๐. ท่านมีวิธีป้องกันตนเองจากฝุ่น/ควันหรือไม่

- ๑) ไม่มีได้ป้องกัน
- ๒) มี โปรตระบู
  - ๒.๑) อยู่ในห้อง/อาคารเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น/ควัน
  - ๒.๒) ใช้หน้ากาก โปรตระบู
    - ๑) หน้ากากอนามัย (Surgical mask)
    - ๒) หน้ากาก N 95 หรือเทียบเท่า
    - ๓) หน้ากากผ้า
    - ๔) อื่น ๆระบุ.....
  - ๒.๓) อื่น ๆระบุ.....

ชื่อ-นามสกุลผู้สัมภาษณ์.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร/ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

\*\*\*\*\*