

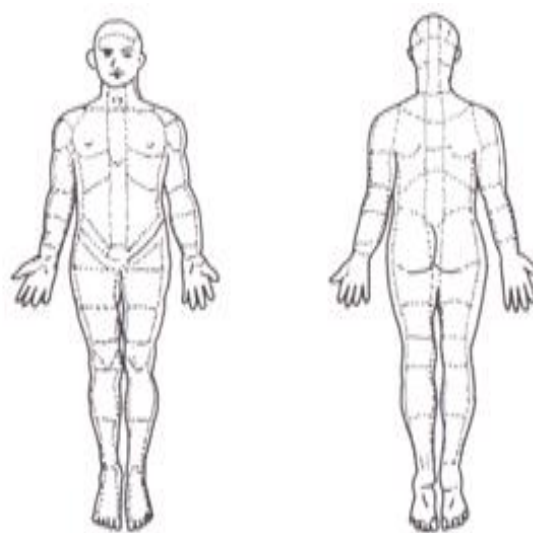
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน □

1. ประวัติ

- ☐ เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อน
- ☐ เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน
- ☐ เคยมีเพื่อนบ้านใกล้เคียง/คนในหมู่บ้าน  
ป่วยเป็นโรคเรื้อน

2. อาการ (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)

- ☐ โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน  
รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่หาย
- ☐ ผื่นหรือวงด่างขาว บริเวณผิวหนังดังกล่าวแห้ง  
เหื่อไม่ออก ขนร่วง
- ☐ ผื่นนูนแดง หรือตุ่ม ผิวอิมฉ่ำ เป็นมันเลื่อมหุหนา
- ☐ ตุ่มแดง กดเจ็บ ตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
- ☐ มีอาการบวมที่หน้า มือ เท้า
- ☐ ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
- ☐ เจ็บ หรือกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
- ☐ กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ่งอ กุด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
- ☐ แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า



(ให้ทำเครื่องหมาย ○ บริเวณตำแหน่งที่มีรอยโรค)

ลงชื่อ ..... อสม. ผู้ตรวจคัดกรอง

(รพ.สต.เก็บไว้เป็นหลักฐานที่รพ.สต.)