



Risk screening assessment form (Covid-19) Thai-Chinese International School (TCIS) School Pass
แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยง Covid-19 โรงเรียนนานาชาติไทย-จีน

Name-surname / ชื่อ-นามสกุล _____

Grade / ระดับชั้น _____ Pin no./ รหัสประจำตัวนักเรียน _____

Identification number/Passport number /

หมายเลขบัตรประชาชน/เลขพาสปอร์ต _____

Mobile number / เบอร์โทรศัพท์ _____

Date of appraisal / วันที่ประเมิน _____

Risk screening details รายละเอียดคัดกรองความเสี่ยง	Yes ใช่	No ไม่ใช่
1. Do you have any of the following symptoms? / ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่ 1.1 Having a fever or having a temperature of 37.5 degrees or more/ มีไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาขึ้นไป		
1.2 cough, runny nose, sore throat, sputum / ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ มีเสมหะ		
1.3 The nose does not smell, the tongue does not taste / จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส		
1.4 body aches / ปวดเมื่อยตามร่างกาย		
1.5 headache / ปวดศีรษะ		
1.6 rash on the skin / มีผื่นขึ้นบริเวณผิวหนัง		
1.7 diarrhea / ท้องเสีย		
1.8 red eyes / ตาแดง		
1.9 dyspnea, tiredness, breathlessness, or difficulty breathing / หายใจเร็ว เหนื่อย หอบ หรือหายใจลำบาก		
2. You have a history of traveling across provinces since October 4, 2021 / ท่านมีประวัติเดินทางข้ามจังหวัดตั้งแต่ 4 ตุลาคม 2564		
3. You have been in contact with a confirmed COVID-19 patient within the previous 14 days. / ท่านมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรค COVID-19 ภายในช่วง 14 วันก่อนหน้า		
4. You are close to medical and public health personnel both in hospitals and clinics Places for laboratory testing, pharmacies with confirmed COVID-19 cases or those who are in the process of observing symptoms / ท่านใกล้ชิดบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก สถานที่ตรวจห้องปฏิบัติการ ร้านขายยา ที่มีผู้ป่วยยืนยันโรค COVID-19 หรือผู้ที่อยู่ในระหว่างสังเกตอาการ		
5. You travel in vehicles (cars, trains, motorcycles or other vehicles) same as patients confirmed for COVID-19 / ท่านเดินทางในยานพาหนะ (รถยนต์ รถไฟ รถมอเตอร์ไซด์ หรือพาหนะอื่นๆ) เดียวกัน กับผู้ป่วยยืนยันโรค COVID-19		
6. You dine or have activities in the same place and during the same period as patients confirmed for COVID-19 / ท่านรับประทานอาหารหรือมีกิจกรรมในสถานที่เดียวกันและในเวลาเดียวกัน กับผู้ป่วยยืนยันโรค COVID-19		

ATK Test result / ผลการตรวจ ATK: found infection / พบเชื้อ no infection found / ไม่พบเชื้อ

Nurse Signature / ลายเซ็นพยาบาล: _____

Student Signature // ลายเซ็นนักเรียน: _____