

กำหนดควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

INTERNATIONAL COMMUNICABLE DISEASE

CONTROL OFFICE, THAILAND

คำถาม

QUESTIONNAIRE

กรุณากรอกข้อความต่อไปนี้ให้ถูกต้องและเป็นตัวบรรจง

Please fill in the following blanks correctly, in block letters

ประเภทพาหนะ เครื่องบิน เรือ รถไฟ รถยนต์ อื่น ๆ (ระบุ) _____
 kind of conveyance aircraft ship train car other (specify) _____

จาก _____ ถึง _____ เลขที่นั่ง _____
 from _____ to _____ seat No. _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เที่ยวบินที่ _____
 date _____ month _____ year _____ flight No. _____

ชื่อ + ชื่อสกุล _____ สัญชาติ _____
 name in full _____ nationality _____

อายุ _____ เพศ _____ อาชีพ _____ หนังสือเดินทางเลขที่ _____
 age _____ sex _____ occupation _____ passport No. _____

ที่พักในประเทศไทย _____
 Address in Thailand _____

กรุณาระบุชื่อประเทศต่าง ๆ ที่ท่านได้อาศัยอยู่ภายในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาถึงประเทศไทย
 please list the name of the countries where you stayed within two weeks before arrival.

ขีดเครื่องหมาย ✓ เมื่อท่านมีอาการเหล่านี้ หรือเคยมีมาก่อนภายในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาถึงประเทศไทย
 please mark ✓ if you have had any of the following symptoms within two weeks before arrival.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> อุจจาระร่วง (ท้องเดิน)
diarrhoea | <input type="checkbox"/> อาเจียน
vomiting | <input type="checkbox"/> ปวดท้อง
abdominal pain |
| <input type="checkbox"/> ไข้
fever | <input type="checkbox"/> ผื่นตามร่างกาย
rash | <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ เจ็บคอ
headache, sore throat |
| <input type="checkbox"/> ตีชัน
jaundice | <input type="checkbox"/> ไอหรือหายใจลำบาก
coughs and shortness of breath | <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองโต ไซ้ต้นบวม ปวด
enlarged lymph glands or tender lumps |

ลายมือชื่อ
signature _____

ผู้โดยสาร
passenger _____