

年 月 日
ปี เดือน วันที่

1 年生保護者 様
เรียนท่านผู้ปกครองของนักเรียนชั้นปีที่ 1

_____ 学校 校長 _____
(ชื่อโรงเรียน) (อาจารย์ใหญ่/

ผู้อำนวยการ)

保健調査票の記入について (お願い)
ขอความกรุณากรอกข้อมูลแบบสำรวจสุขภาพนักเรียน

ご入学おめでとうございます。

ขอแสดงความยินดีต้อนรับนักเรียนใหม่ทุกท่าน

さて、新年度を迎え定期健康診断を実施いたします。

เนื่องด้วยในปีการศึกษาใหม่นี้ ทางโรงเรียนจะจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของนักเรียน

つきましては、定期健康診断及び日常の健康管理の参考にしますので、下記により保健調査票に必要事項をご記入の上、 月 日 () までに学級担任へ提出いただきますようお願いいたします

ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบเป็นข้อมูลอ้างอิงในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีและการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน รบกวนท่านผู้ปกครองช่วยกรอกข้อมูลที่จำเป็นในแบบสำรวจสุขภาพนักเรียนตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างล่างนี้ และกรุณาส่งมอบให้ครูประจำชั้นภายในวันที่ เดือน () จึงเรียนมาเพื่อทราบ

記
รายละเอียด

- 1 すべての健康診断の問診となるものです。㊟扱いとさせていただきますので、正確に記入してください。
ข้อมูลในแบบสำรวจสุขภาพนักเรียนนี้ ถือเป็นข้อมูลสอบถามเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพ ซึ่งจะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างดี ดังนั้นรบกวนกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้อง
 - 2 「予防接種」の欄は、特に、記入もれのないように記入をお願いします。
กรุณาตรวจสอบอย่างเคร่งครัดว่ามีการลืมกรอกข้อมูลในหัวข้อ “วัคซีนป้องกันโรค” หรือไม่
 - 3 アレルギーにより、病院でアドレナリン自己注射薬（エピペン）を処方されている場合はお知らせください。
กรุณาแจ้งให้ทราบ ในกรณีที่มีการรักษาอาการป่วยเนื่องจากโรคภูมิแพ้ โดยใช้ยาฉีด Adrenaline (Epi-Pen) ที่ได้รับการจ่ายยาจากโรงพยาบาล
 - 4 記入する上で、何か不明な点がありましたら、学級担任または養護教諭までご連絡ください。
ถ้ามีข้อสงสัยหรือข้อสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับแบบสำรวจสุขภาพนักเรียน กรุณาติดต่อครูประจำชั้นหรือครูพยาบาล
- ※ 保健調査票は、定期健康診断及び日常の健康管理以外には使用しません。
ข้อมูลในแบบสำรวจสุขภาพนักเรียนนี้จะถูกนำมาใช้เฉพาะในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีและการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนเท่านั้น
- ※ 国によっては予防接種などの制度が違う場合もありますので、書ける範囲で記入し、何か不明な点がありましたら、学級担任または養護教諭までご連絡ください。
เนื่องจากระเบียบและข้อบังคับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในแต่ละประเทศอาจมีความแตกต่างกัน กรุณากรอกข้อมูลเท่าที่สามารถกรอกได้ และถ้ามีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อครูประจำชั้นหรือครูพยาบาล

保健調査票

แบบสำรวจประวัติสุขภาพนักเรียน

保護者の方へ

เรียน ท่านผู้ปกครอง

この調査票は、学校医による健康診断および学校における健康管理に必要なものですから正しく記入してください。なお、目的以外には使用しません。直接伝えたいことがありましたら、担任または養護教諭までご連絡ください。

เนื่องจากแบบสำรวจนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการตรวจสอบสุขภาพโดยแพทย์ประจำโรงเรียนและการดูแลรักษาสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน ดังนั้นกรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและตามความเป็นจริง

ข้อมูลเหล่านี้จะไม่ถูกนำไปใช้ในกรณีอื่นนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ในกรณีที่มีข้อมูลที่ท่านต้องการแจ้งให้ทางโรงเรียนทราบโดยตรง

กรุณาติดต่อมายังครูประจำชั้นเรียนหรือครู

พยาบาล

学校名 ชื่อโรงเรียน							
生徒/児童 氏名 ชื่อนามสกุลนักเรียน	男 ชาย 女 หญิง		生年月日 วันเดือนปีเกิด		年 月 日 / / ปี เดือน วันที่		
学年組 ระดับชั้นศึกษา	1-	2-	3-	4-	5-	6-	
男女別番号 เลขประจำตัว							

氏名 ชื่อนามสกุล	男 ・ 女 ชาย หญิง	小学校用 สำหรับโรงเรียน ประถม
-------------------	-------------------	------------------------------

1. 今までにかかった病気やけが
ประวัติการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ

* 番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。
* กรุณาเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขข้างล่างและกรอกข้อมูลอายุที่เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ

1	心臓の病気 (病名) โรคเกี่ยวกับหัวใจ (ชื่อโรค)	才 ปี	7	難聴 โรคการสูญเสียการได้ยิน	才 ปี
2	腎臓の病気 (病名) โรคเกี่ยวกับระบบไต (ชื่อโรค)	才 ปี	8	麻疹 (はしか) โรคหัด	才 ปี
3	喘息 โรคหอบหืด	才 ปี	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) โรคทางทูม	才 ปี
4	川崎病 โรค Kawasaki	才 ปี	10	水痘 (みずぼうそう) โรคอีสุกอีใส	才 ปี
5	ひきつけ・けいれん โรคชักเกร็งหรือกล้ามเนื้อกระตุก	才 ปี	11	風疹 (三日ばしか) โรคหัดเยอรมัน	才 ปี
6	弱視 (0. 2 以下で矯正不能) 右・左 สายตาสั้นหรือผิดปกติ (ค่าวัดสายตาน้อยกว่า 0.2 และ ไม่สามารถปรับแก้ได้) ขวา・ซ้าย	才 ปี	12	その他 () อื่นๆ ()	才 ปี

2. 予防接種 * 母子手帳を参考に予防接種を受けたものに○をつけ、内容を記入してください。
การฉีดวัคซีนป้องกัน * กรุณาวางกลมล้อมรอบชื่อโรคที่มีการฉีดวัคซีนป้องกันและกรอกรายละเอียด โดยอ้างอิงจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ヒブ โรคคอตีบ (HIB)		ポリオ (生・不活化) โรคโปลิโอ (ชนิดรับประทาน, ชนิดฉีด)		水痘 โรคอีสุกอีใส	
1回目 ครั้งที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่	1回目 ครั้งที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่	1回目 ครั้งที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่
2回目 ครั้งที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่	2回目 ครั้งที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่	2回目 ครั้งที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่
3回目 ครั้งที่ 3	年 月 日 ปี เดือน วันที่	3回目 ครั้งที่ 3	年 月 日 ปี เดือน วันที่	日本脳炎 โรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่น	
4回目 ครั้งที่ 4	年 月 日 ปี เดือน วันที่	追加 ครั้งเพิ่มเติม	年 月 日 ปี เดือน วันที่	1回目 ครั้งที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่
小児用肺炎球菌 โรคปอดอักเสบในเด็กเล็ก		①生ワクチン2回で終了 1. ได้รับวัคซีนชนิดรับประทาน 2 ครั้งถือว่าครบถ้วน ②不活化ワクチン4回で終了 2. ได้รับวัคซีนชนิดฉีด 4 ครั้งถือว่าครบถ้วน ※不活化ポリオは四種混合に含まれています。 * สำหรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด ได้รวมอยู่ในวัคซีนรวมป้องกัน 4 โรค		2回目 ครั้งที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่
1回目 ครั้งที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่			追加 ครั้งเพิ่มเติม	年 月 日 ปี เดือน วันที่
2回目 ครั้งที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่			その他で接種した予防接種 (インフルエンザを除きます) กรุณาระบุวัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ ที่ได้รับ (ยกเว้นวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่)	
3回目 ครั้งที่ 3	年 月 日 ปี เดือน วันที่				
4回目 ครั้งที่ 4	年 月 日 ปี เดือน วันที่	BCG บีซีจี (ป้องกันวัณโรค)		おたふく かぜ โรคทางทูม	① 年 月 日 ปี เดือน วันที่
(三種・四種) 混合 วัคซีนรวมป้องกัน 3 โรค หรือ 4 โรค		年 月 日 ปี เดือน วันที่		② 年 月 日 ปี เดือน วันที่	
1回目 ครั้งที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่	麻しん風しん混合 วัคซีนผสมป้องกันโรคหัดและ โรคหัดเยอรมัน		B型肝炎 โรคไวรัสตับ อักเสบบี	① 年 月 日 ปี เดือน วันที่
2回目 ครั้งที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่	1期 ระยะที่ 1	年 月 日 ปี เดือน วันที่		② 年 月 日 ปี เดือน วันที่
3回目 ครั้งที่ 3	年 月 日 ปี เดือน วันที่	2期 ระยะที่ 2	年 月 日 ปี เดือน วันที่		③ 年 月 日 ปี เดือน วันที่
追加 ครั้งเพิ่มเติม	年 月 日 ปี เดือน วันที่			その他 โรคอื่นๆ	

※ 1 三種混合ではなく四種混合で接種した方は、三種混合とポリオ（不活化）の欄に同じ接種日を記入

* 1 ในกรณีที่ฉีดวัคซีนรวมป้องกัน 4 โรค ให้ระบุวันที่ได้รับวัคซีนของวัคซีนรวม 3 โรคและวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (แบบฉีด) เป็นวันเดียวกัน

※ 2 ポリオは経口生ワクチンと不活化ワクチンの 2 種類あり

* 2 วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมีอยู่ 2 ประเภท คือ แบบรับประทาน (เขื่อยังไม่ตาย) กับแบบฉีด (เขื่อยตายแล้ว)
生 2 回、生 1 回 + 不活化 3 回、不活化 4 回のいずれかであれば接種完了
การได้รับวัคซีนครบถ้วนต้องเป็นหนึ่งในรูปแบบดังต่อไปนี้ 1. แบบรับประทาน 2 ครั้ง 2. แบบรับประทาน 1 ครั้งและแบบฉีด 3 ครั้ง 3. แบบฉีด 4 ครั้ง

※ 3 単抗原の予防接種を受けた場合は記入

* 3 ให้ระบุในกรณีที่มีการฉีดวัคซีนป้องกันแบบเฉพาะโรค

3. アレルギー疾患について สำหรับผู้ป่วยโรคภูมิแพ้

※該当する場合は○(過去1年以内にその病気で受診している場合は◎), 該当しない場合はチェック (v) をつけてください。

* กรุณาเขียนเครื่องหมาย ○ ในกรณีที่มิโรคภูมิแพ้ (กรุณาเขียนเครื่องหมาย ◎ ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภายในระยะเวลา 1 ปี) แต่ถ้าไม่มีโรคภูมิแพ้ที่ระบุไว้ กรุณาเขียนเครื่องหมายถูกต้อง (v)

	1 年 ชั้นปีที่ 1	2 年 ชั้นปีที่ 2	3 年 ชั้นปีที่ 3	4 年 ชั้นปีที่ 4	5 年 ชั้นปีที่ 5	6 年 ชั้นปีที่ 6
食物アレルギーがある。 มีโรคภูมิแพ้อาหาร						
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการจมูกอักเสบจากโรคภูมิแพ้						
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการตาแดงจากโรคภูมิแพ้						
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคผิวหนังภูมิแพ้						
ぜんそくの診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคหอบหืด						
その他() อื่นๆ()						

4. 学校生活において健康上注意すること ข้อควรระวังเกี่ยวกับสุขภาพนักเรียนขณะอยู่ที่โรงเรียน

学年の欄の有無に○をし、有の場合は右欄に詳しく記入してください。

กรณาวางกลมล้อมรอบ "มี" หรือ "ไม่มี" ของแต่ละชั้นปีการศึกษา ถ้าคำตอบคือ "มี" กรุณากรอกข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับข้อควรระวัง

例 ตัว อย่าง	有・無 มี/ ไม่มี	・体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること - ต้องให้ความดูแลเป็นพิเศษในกรณีที่มีการออกกำลังกาย ว่าชนำ กิจกรรมนอกชั้นเรียน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น ・現在通院中の病気について (病名、病院名、服薬の有無、経過等) - ข้อมูลรายละเอียดของโรคที่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลในปัจจุบัน (ชื่อโรค ชื่อโรงพยาบาล มียารักษาโรคหรือไม่ ประวัติการรักษา เป็นต้น) ・アレルギーの原因、症状、対応など - ข้อมูลรายละเอียดของโรคภูมิแพ้ เช่น สาเหตุ อาการและวิธีการรักษาโรค เป็นต้น			
1 年 ชั้นปีที่ 1	有・無 มี/ ไม่มี		4 年 ชั้นปีที่ 4	有・無 มี/ ไม่มี	
2 年 ชั้นปีที่ 2	有・無 มี/ ไม่มี		5 年 ชั้นปีที่ 5	有・無 มี/ ไม่มี	
3 年 ชั้นปีที่ 3	有・無 มี/ ไม่มี		6 年 ชั้นปีที่ 6	有・無 มี/ ไม่มี	

氏名 ชื่อนามสกุล		男 ・ 女 ชาย หญิง	中学校用 สำหรับโรงเรียน มัธยมต้น
-------------------	--	-------------------	---------------------------------

1. 今までにかかった病気やけが
ประวัติการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ

* 番号を○でかこみ、かかった時の年齢を記入してください。
* กรุณาเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขข้างล่างและกรอกข้อมูลอายุที่เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ

1	心臓の病気 (病名) โรคเกี่ยวกับหัวใจ (ชื่อโรค)	才 ปี	7	難聴 โรคการสูญเสียการได้ยิน	才 ปี
2	腎臓の病気 (病名) โรคเกี่ยวกับระบบไต (ชื่อโรค)	才 ปี	8	麻疹 (はしか) โรคหัด	才 ปี
3	喘息 โรคหอบหืด	才 ปี	9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) โรคคางทูม	才 ปี
4	川崎病 โรค Kawasaki	才 ปี	10	水痘 (みずぼうそう) โรคอีสุกอีใส	才 ปี
5	ひきつけ・けいれん โรคชักเกร็งหรือกล้ามเนื้อกระตุก	才 ปี	11	風疹 (三日ばしか) โรคหัดเยอรมัน	才 ปี
6	弱視 (0. 2 以下で矯正不能) 右・左 สายตาอ่อนแอผิดปกติ (ค่าวัดสายตาน้อยกว่า 0.2 และ ไม่สามารถปรับแก้ไขได้) ขว・ซ้าย	才 ปี	12	その他 () อื่นๆ ()	才 ปี

2. 予防接種
การฉีดวัคซีนป้องกัน

* 母子手帳を参考に予防接種を受けたものに○をつけ、内容を記入してください。
* กรุณาวางกลมล้อมรอบชื่อโรคที่มีการฉีดวัคซีนป้องกันและกรอกรายละเอียด โดยอ้างอิงจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

種 類 ประเภท		接 種 状 況 รายละเอียดการฉีดวัคซีน				未実施 ไม่ได้ฉีด วัคซีน	不明 ไม่ทราบ ข้อมูล
1	BCG บีซีจี (ป้องกันวัณโรค)	年 月 日 ปี เดือน วันที่					
2	三種混合 วัคซีนรวม 3 โรค (ｼﾌﾃﾘｱ・百日せき・破傷風) (คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก)	1 期初回 ครั้งแรกของระยะที่ 1			1 期追加 ครั้งเพิ่มเติมของ ระยะที่ 1		
		年 月 日 ปี เดือน วันที่	年 月 日 ปี เดือน วันที่	年 月 日 ปี เดือน วันที่	年 月 日 ปี เดือน วันที่		
3	ポリオ (経口生) โปลิโอ (ชนิดรับประทาน)	1 回目 ครั้งที่ 1 年 月 日 ปี เดือน วันที่		2 回目 ครั้งที่ 2 年 月 日 ปี เดือน วันที่			
4	麻しん風しん混合 (MR) หัดและหัดเยอรมัน (MR)	1 期 ระยะที่ 1 年 月 日 ปี เดือน วันที่					
	麻しん風しん混合 (MR) หัดและหัดเยอรมัน (MR)	2 期 ระยะที่ 2 年 月 日 ปี เดือน วันที่					
5	日本脳炎 ไวรัสสมองอักเสบญี่ปุ่น	1 期初回 ครั้งแรกของระยะที่ 1		1 期追加 ครั้งเพิ่มเติมของ ระยะที่ 1	2 期 ระยะที่ 2		
		年 月 日 ปี เดือน วันที่	年 月 日 ปี เดือน วันที่	年 月 日 ปี เดือน วันที่	年 月 日 ปี เดือน วันที่		
6	二種混合 (ｼﾌﾃﾘｱ・破傷風) วัคซีนรวม 2 โรค (คอตีบ บาดทะยัก)	年 月 日 ปี เดือน วันที่					
7	その他 อื่นๆ (ワクチン名) (ชื่อวัคซีน)	年 月 日 () ・ 年 月 日 () ปี เดือน วันที่ () ・ ปี เดือน วันที่ ()					
		年 月 日 () ・ 年 月 日 () ปี เดือน วันที่ () ・ ปี เดือน วันที่ ()					
		年 月 日 () ・ 年 月 日 () ปี เดือน วันที่ () ・ ปี เดือน วันที่ ()					

※その他は水痘・おたふく などを入力してください。
* กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติมถ้ามีโรคอื่นๆ เช่น โรคอีสุกอีใส โรคคางทูม เป็นต้น

3. アレルギー疾患について สำหรับผู้ป่วยโรคภูมิแพ้

※該当する場合は○(過去1年以内にその病気で受診している場合は◎), 該当しない場合はチェック (v) をつけてください。

* 記入用紙の欄に○ 在籍中にアレルギー疾患 (記入用紙の欄に◎) 在籍中にアレルギー疾患の診断を受けた (v) 1年以内

	1年 ปีที่ 1	2年 ปีที่ 2	3年 ปีที่ 3
食物アレルギーがある。 有アレルギー			
アレルギー性鼻炎の診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการจามจากโรคภูมิแพ้			
アレルギー性結膜炎の診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการตาแดงจากโรคภูมิแพ้			
アトピー性皮膚炎の診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคผิวหนังภูมิแพ้			
ぜんそくの診断を受けている。 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคหอบหืด			
その他() อื่นๆ()			

4. 学校生活において健康上注意すること ข้อควรระวังเกี่ยวกับสุขภาพนักเรียนขณะอยู่ที่โรงเรียน

学年の欄の有無に○をし、有の場合は右欄に詳しく記入してください。

記入欄の欄に"有" หรือ "ไม่มี" ของแต่ละชั้นปีการศึกษา ถ้าคำตอบคือ "มี" กรุณากรอกข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับข้อควรระวัง

例 ตัวอย่าง	有・無 มี/ไม่มี	・ 体育、水泳、校外学習や日常生活などで注意すること - ต้องให้ความดูแลเป็นพิเศษในกรณีที่มีการออกกำลังกาย ว่ายน้ำ กิจกรรมนอกชั้นเรียน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น ・ 現在通院中の病気について (病名、病院名、服薬の有無、経過等) - ข้อมูลรายละเอียดของโรคที่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลในปัจจุบัน (ชื่อโรค ชื่อโรงพยาบาล มีการรักษาโรคหรือไม่ ประวัติการรักษา เป็นต้น) ・ アレルギーの原因、症状、対応など - ข้อมูลรายละเอียดของโรคภูมิแพ้ เช่น สาเหตุ อาการและวิธีการรักษาโรค เป็นต้น
1年 ปีที่ 1	有・無 มี/ไม่มี	
2年 ปีที่ 2	有・無 มี/ไม่มี	
3年 ปีที่ 3	有・無 มี/ไม่มี	

5. 現在の健康状態

สภาวะสุขภาพร่างกายในปัจจุบัน.

項目のあてはまるものに○、あてはまらないものに☒を該当学年の欄に記入してください。
 ภูฏานเลือกชั้นปีการศึกษาของนักเรียน แล้วทำเครื่องหมาย ○ ในกรณีที่มีการดั่งที่ระบุไว้หรือทำเครื่องหมาย ☒ ในกรณีที่ไม่มีอาการดังกล่าว

		1年 ชั้น ป.1	2年 ชั้น ป.2	3年 ชั้น ป.3	4年 ชั้น ป.4	5年 ชั้น ป.5	6年 ชั้น ป.6		
内科	โรคภายใน	1	結核性の病気にかかったことがある เคยมีประวัติมีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรควัณโรค	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่
			年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	
		2	結核の感染を受けたとして予防薬を飲んだ ได้รับยารักษาป้องกันหลังจากทราบว่าติดเชื้อวัณโรค	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่
			年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	
		3	結核の治療を受けた人と接したことがある เคยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยโรควัณโรค	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่
			年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	
			誰と ผู้ป่วยที่ สัมผัส	誰と ผู้ป่วยที่ สัมผัส	誰と ผู้ป่วยที่ สัมผัส	誰と ผู้ป่วยที่ สัมผัส	誰と ผู้ป่วยที่ สัมผัส	誰と ผู้ป่วยที่ สัมผัส	
		4	過去3年以内に 通算して半年以上 外国にいたことがある เคยมีประวัติพำนักอาศัย อยู่ในต่างประเทศรวม ระยะเวลาเกิน 6 เดือนภายใน 3 ปีที่ผ่านมา	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่
			「はい」 の場合 ถ้าคำตอบคือ "ใช่"	外国に いた時期 ช่วงเวลาที่ อาศัยอยู่ต่างประเทศ	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน	年 月 頃 เดือน
				どの国 ชื่อประเทศ	国名 : ชื่อประเทศ	国名 : ชื่อประเทศ	国名 : ชื่อประเทศ	国名 : ชื่อประเทศ	国名 : ชื่อประเทศ
5	現在、2週間以上 「咳や痰」が続いている ในปัจจุบันมีอาการ ไอและมีเสมหะ อย่างต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่	いいえ ・ はい ใช่		
	「はい」 の場合 ถ้าคำตอบคือ "ใช่"	医療機関の受診の有無 เคยรับการตรวจรักษาวินิจฉัยโรคโดย สถาบันการแพทย์	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี		
		ぜんそく・ぜん息性気管支炎といわれた เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดหรือโรคหลอดลมอักเสบเนื่องจากการสูดดม	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี	有 ・ 無 ไม่มี		

				1 年 ชั้น ป.1	2 年 ชั้น ป.2	3 年 ชั้น ป.3	4 年 ชั้น ป.4	5 年 ชั้น ป.5	6 年 ชั้น ป.6
内科 โรคภายใน	ทั่วไป	1	熱を出しやすい ไข้ตัวร้อนบ่อย						
		2	頭痛をおこしやすい มีอาการปวดศีรษะบ่อย						
		3	下痢や腹痛をおこしやすい มีอาการท้องเสียหรือปวดท้องบ่อย						
		4	少しの運動でも、すぐ苦しがる รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อกำลังกายเพียงเล็กน้อย						
		5	体のふしぶしが痛んだり腫れたりする รู้สึกเจ็บปวดหรือมีอาการบวมของบริเวณข้อต่อของร่างกาย						
		6	1 年以内にひきつけをおこしたことがある ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีอาการชักเกร็ง						
		7	めまいがしたり、気持ちが悪くなったりする มีอาการเวียนศีรษะและรู้สึกอึดอัดร่างกาย						
		8	顔やまぶたがむくむ มีอาการบวมที่หน้าและเปลือกตา						
		9	その他 อื่นๆ ()						
		10	少しの運動でも、すぐ苦しがる รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อกำลังกายเพียงเล็กน้อย						
眼科 โรคทางตา		1	めやにや涙がでやすい มีขี้ตาหรือน้ำตาไหลออกง่าย						
		2	眼が充血したり、かゆかったりする มีเลือดออกในตาและมีอาการคัน						
		3	眼を近づけて見る、眼を細める มีอาการหิตาเคบเวลามองภาพวัตถุใกล้ๆ						
		4	その他 อื่นๆ ()						
歯科 โรคทางฟัน		1	歯ぐきが腫れたり血が出ることもある มีอาการเหงือกบวมหรือเลือดออกเวลาแปรงฟัน						
		2	歯並びが気になる ฟันเรียงไม่เป็นระเบียบ						
		3	噛むときに、あごが痛んだり音がする รู้สึกเจ็บขาบและมีเสียงดังเวลาเคี้ยว						
		4	その他 อื่นๆ ()						
耳鼻科 โรคทางหู คอ จมูก	耳 หู	1	テレビの音を大きくしたり近くによって聞く ฟังเสียงโทรทัศน์ค่อนข้างดังและฟังในระยะใกล้ๆ						
		2	耳がつまった感じや耳鳴りがする รู้สึกมีอาการแน่นในหูหรืออาการหูอื้อ						
		3	耳から水やうみがでることがある มีของเหลวหรือหนองไหลออกมาจากหู						
	鼻 จมูก	4	いつも黄色や緑色の濃い鼻水がでている มีน้ำมูกเหนียวข้นสีเหลืองหรือสีเขียวไหลออกมาเป็นประจำ						
		5	鼻が詰まったり、くしゃみがでる มีอาการคัดแน่นจมูกและจามบ่อย						
		6	鼻血がよくでる มีเลือดกำเดาไหลออกมบ่อย						
	喉 คอ	7	よくのどが痛くなって 38℃以上の熱がでる มีอาการเจ็บคอและมีไข้สูงเกิน 38 องศาบ่อย						
		8	いびきをかく มีอาการนอนกรน						
		9	口を開けていることが多い ชอบอ้าปากบ่อยๆ						
		10	声がいつもかすれている มีอาการเสียงแหบบ่อย						
		11	その他 อื่นๆ ()						