สำหรับบุคคลภายนอก

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้มาติดต่อในสถานศึกษา
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด19
ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563

****

ชื่อสถานศึกษา โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา

จุดที่คัดกรอง.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ - นามสกุล	เบอร์ติดต่อ	อุณหภูมิ	สุขภาพปกติ	มีภาวะเสี่ยง							มาจาก พื้นที่เสี่ยง	มีสมาชิกในครอบครัว ถูกกักตัว/ป่วย	หมายเหตุ
					ไข้	ไอ	น้ำมูก	เจ็บคอ	เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก	จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง	ลิ้นไม่รู้รส หรือรับลดน้อยลง			