



แบบคัดกรองวัณโรค

หน่วยงาน/ศูนย์บริการสาธารณสุข.....

เขต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก)

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปี (เกิด) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ

- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ

- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

- โรคปอดเรื้อรัง มี ไม่มี ไม่ทราบ

- อื่นๆ ระบุ.....

3. ประวัติการสัมผัสโรค มีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

4. อาการสงสัยวัณโรค ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

อาการ	การประเมิน	
	มี <input type="checkbox"/>	ไม่มี <input type="checkbox"/>
4.1 ไอทุกวันนาน 2 สัปดาห์	(3)	(0)
4.2 ไอเสมหะมีเลือดปน	(3)	(0)
4.3 มีใช้ตอนบ่ายหรือตอนเย็น หรือตอนกลางคืนบ่อยๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	(2)	(0)
4.4 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ลดเกิน 5% ของน้ำหนักเดิม)	(1)	(0)
4.5 เหงื่อออกมากตอนกลางคืนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ลักษณะเหงื่อออกชุ่มตัว)	(1)	(0)
4.6 ค่อมน้ำเหลืองโต	(2)	(0)

ถ้าคะแนนรวมกันได้ ≥ 3 ต้องส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....