

แบบสอบถามไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Pyrexia of unknown origin หรือ Fever of unknown origin : FUO)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง
 HN AN ศาสนา สัญชาติ
 อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)
 อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มีประวัติใช้ ☐ ไม่มี ☐ มี
 วันเริ่มป่วย เวลา น. วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

อาการ/ ระบบ	รายละเอียด	วันเริ่มมีอาการ
ระบบหู คอ จมูก ตา		
ทางเดินหายใจ		
ทางเดินอาหาร		
ระบบไหลเวียนโลหิต		
ระบบประสาท		
กระดูกเนื้อเยื่อ		
ระบบสืบพันธุ์		
ผิวหนัง		

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
CBC			
Urine			
Stool			
Blood			
Serology			
X-ray			
Bone marrow examination			
Lymph Node			
อื่น ๆ ระบุ			

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษารั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ

ยาปฏิชีวนะ	วันที่เริ่มให้	วิธีการให้	ผลการรักษา

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 30 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย

ประวัติเดินทางก่อนป่วย 30 วัน และหลังป่วย 7 วัน

1. สถานที่ วันที่เดินทาง
2. สถานที่ วันที่เดินทาง
3. สถานที่ วันที่เดินทาง
4. สถานที่ วันที่เดินทาง
5. สถานที่ วันที่เดินทาง

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

สมาชิกในครอบครัว เพื่อนในโรงเรียน เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านมีอาการคล้ายผู้ป่วย จำนวน คน ระบุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
2.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
3.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
4.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
5.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์