

Code _____

Novelcorona 2H

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง สัญชาติกรณีเพศหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์ สัปดาห์

วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.)/...../.....อายุ ปี.....เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน.....

ซอย..... ถนนตำบลอำเภอจังหวัด.....

โรคประจำตัว.....การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

สถานที่ทำงานโรงพยาบาล/คลินิก.....เบอร์โทรศัพท์.....

ประเภทงาน แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานทำความสะอาด แม่บ้าน พนักงาน back office เช่น ชุกรการ การเงิน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

แผนกที่ทำงาน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 หอผู้ป่วยที่ให้การรักษานักป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น cohort ward หอผู้ป่วยใน (IPD) (ไม่ใช่หอรักษานักป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) โปรดระบุ..... หอผู้ป่วยนอก (OPD)โปรดระบุ..... ห้องผ่าตัด (OR)โปรดระบุ..... ห้องตรวจฉุกเฉิน (ER) หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ห้องปฏิบัติการ (Laboratory) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ข้อมูลอาการทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย.....วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก.....

สถานพยาบาล.....จังหวัด

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษในปัจจุบัน.....จังหวัด

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย: ไข้ อุณหภูมิร่างกายแรกรับ อกศาเซลเซียส O₂Sat..... ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่นตำแหน่ง..... อื่น ๆ ระบุมีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ: มี โปรดระบุประเภท O₂ canular O₂ mask with bag ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีเอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ระบุผล.....

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 RT-PCR

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	เหตุผลการส่ง swab*	ผลตรวจ
					<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

					<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
--	--	--	--	--	--

*เหตุผลการส่ง swab: (1) PUI (2) ผู้สัมผัสใกล้ชิดความเสี่ยงสูง (3) Sentinel surveillance (4) อื่นๆ โปรดระบุ

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 Antibody

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

ระยะเวลาการแยกกักก่อนเข้าสถานพยาบาล.....สถานที่แยกกักก่อนเข้าสถานพยาบาล.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admitวันที่

การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก

Remdesivir Favipiravir Lopinavir/ritonavir Darunavir
 Ritonavir Chloroquine/Hydroxychloroquine อื่น ๆ ระบุ

ความรุนแรง ไม่มีอาการ อาการน้อย ปอดบวมเล็กน้อย ปวมบวม ใส่ท่อช่วยหายใจ/ICU เสียชีวิต

3. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ สมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี

ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ได้รับ.....

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ได้รับ.....

4. ประวัติเสี่ยง

4.1 ประวัติเสี่ยงทั่วไป

<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุเมืองประเทศ..... เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบภายนอกโรงพยาบาล 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายนอกโรงพยาบาล 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพเสริมที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ภายนอกโรงพยาบาล 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปสถานที่ที่มีคนหนาแน่น ภายนอกโรงพยาบาล เช่น ผับ สนามมวย/กีฬา คอนเสิร์ต ตลาด ชุมชนแออัด สถานที่ที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ฯลฯ 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ท่านเป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

<ul style="list-style-type: none"> • ท่านเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> • ท่านมีการสวมใส่หน้ากากอนามัยระหว่างอยู่ภายนอกโรงพยาบาล หรือไปสถานที่ชุมนุมชน 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง

4.2 ประวัติเสี่ยงเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์

4.2.1. ประวัติการปฏิบัติตัวตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

<ul style="list-style-type: none"> • ท่านเคยเข้าร่วมการฝึกอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC training) เช่น การสวม/ถอด ชุด PPE 	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
<ul style="list-style-type: none"> • ท่านเคยเข้าร่วมการฝึกอบรมการเก็บตัวอย่างตัวอย่างระบบทางเดินหายใจ Nasopharyngeal swab 	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ

4.2.2. ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานพยาบาล

<ul style="list-style-type: none"> • ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิด (<2 เมตร) กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ในช่วง 14 วัน ก่อนวันที่ท่านเริ่มป่วย (หรือวันที่ท่านถูกเก็บตัวอย่างซึ่งตรวจพบเชื้อโควิด ในกรณีที่ไม่มีอาการ) 	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
ถ้ามี	
<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านมีการสัมผัสทั้งหมดกี่ครั้ง ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> ○ ในแต่ละครั้ง ท่านใช้เวลาสัมผัสโดยเฉลี่ยนานเท่าไร 	<input type="checkbox"/> <5 นาที <input type="checkbox"/> 5-15 นาที <input type="checkbox"/> >15 นาที
<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านได้มีการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง (face to face) นาน > 15 นาทีหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าใช่ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่ <input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask) <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา <input type="checkbox"/> Face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ใช้อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิด..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่ <input type="checkbox"/> ติด โปรดระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ

	<p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask)</p> <p><input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา</p> <p><input type="checkbox"/> face shield</p> <p><input type="checkbox"/> ถุงมือ</p> <p><input type="checkbox"/> เสื้อ gown</p> <p><input type="checkbox"/> ชุดหมี</p> <p><input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม</p> <p><input type="checkbox"/> รองเท้าบูท</p> <p><input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบ ประยุกต์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ซ้ำ โปรดระบุชนิด.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ติด โปรดระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ติด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p>
<p>● ท่านมีประวัติสัมผัสกับอุปกรณ์หรือสิ่งของ เครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p>
<p>ถ้าท่านตอบว่ามี</p>	
<p>○ ท่านสัมผัสกับอุปกรณ์หรือ สิ่งของเครื่องใช้อะไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p>	<p><input type="checkbox"/> เสื้อผ้า</p> <p><input type="checkbox"/> ของใช้ส่วนตัว</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าปูเตียงหรือปลอกหมอน</p> <p><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย โปรดระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ</p>
<p>○ ท่านมีการสัมผัสทั้งหมดกี่ครั้ง</p>	<p>.....ครั้ง</p>
<p>○ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask)</p> <p><input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา</p>

	<input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบประยุกต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิด <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ซ้ำ โปรดระบุชนิด..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่ <input type="checkbox"/> ติด โปรดระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
○ ถ้าท่านสวมถุงมือ ท่านได้ถอดถุงมือหลังสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ ท่านได้ล้างมือก่อนสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า
○ ท่านได้ล้างมือหลังสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า
● ท่านมีประวัติสัมผัสกับพื้นผิวสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
ถ้าท่านตอบว่ามี	
○ ท่านสัมผัสกับพื้นผิวสิ่งแวดล้อมอะไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> เตียง <input type="checkbox"/> ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ทางเดินวอร์ด <input type="checkbox"/> โต๊ะผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ
○ ท่านมีการสัมผัสทั้งหมดกี่ครั้งครั้ง

<p>○ ท่านได้สัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดบริเวณสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> โปรตระบุชนิดสารคัดหลั่ง..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าใช่ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask)</p> <p><input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา</p> <p><input type="checkbox"/> face shield</p> <p><input type="checkbox"/> ถุงมือ</p> <p><input type="checkbox"/> เสื้อ gown</p> <p><input type="checkbox"/> ชุดหมี</p> <p><input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม</p> <p><input type="checkbox"/> รองเท้าบูท</p> <p><input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบประยุกต์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> โปรตระบุชนิด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ซ้ำ <input type="checkbox"/> โปรตระบุชนิด.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ติด <input type="checkbox"/> โปรตระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ติด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p>
<p>○ ท่านได้ล้างมือหลังสัมผัสพื้นผิวสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> เจลแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า</p>
<p>● ท่านมีการสัมผัสเพื่อนร่วมงานซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้า มี โปรตระบุรายละเอียด</p> <p><input type="checkbox"/> นั่งกินข้าวด้วยกัน/ร่วมวงกัน</p> <p><input type="checkbox"/> คอยกันโดยไม่ใส่หน้ากากอนามัย ในระยะห่างน้อยกว่า 2 เมตร</p> <p><input type="checkbox"/> ทำงานในห้องเดียวกัน โดยไม่ใส่หน้ากากอนามัย</p> <p><input type="checkbox"/> นอนในห้องเดียวกัน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรตระบุ.....</p>

5. รายละเอียดเหตุการณ์ กิจวัตรประจำวัน และประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย 14 วัน (เช่น นั่งรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ไปยังสถานที่ที่พบการระบาด เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

ตารางกิจกรรมและการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทรศัพท์.....

วันที่สอบสวน.....