

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช**  
**แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ**

เอกสารนี้ให้ บิดา มารดา หรือนักศึกษาเป็นผู้กรอกรายละเอียด

ชื่อ - สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

**ก. นักศึกษาเคยเป็นโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่**

- |                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| 1. อีสุกอีใส            | <input checked="" type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ...2548..... | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น            |
| 2. หัด                  | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 3. คางทูม               | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 4. หัดเยอรมัน           | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 5. โปлио                | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 6. ไข้รูมาติก           | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 7. หอบหืด               | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 8. เบาหวาน              | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 9. ปัสสาวะรดที่นอน      | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 10. ตับอักเสบบี A, B, C | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 11. โรคชักชนิดต่างๆ     | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |
| 12. วัณโรค              | <input type="checkbox"/> เคยเป็น เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น |

**ข. นักศึกษาเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆเหล่านี้หรือไม่(กรณีจำวันที่ - เดือน ไม่ได้ ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ศ.ที่ได้รับวัคซีน)**

วัคซีน	เคยได้รับ				ไม่เคยได้รับ
	ครั้งที่ 1 (วัน เดือน ปี)	ครั้งที่ 2 (วัน เดือน ปี)	ครั้งที่ 3 (วัน เดือน ปี)	กระตุ้น (วัน เดือน ปี)	
1. โปลิโอ					
2. คอตีบ					
3. ไอกรน					
4. หัดเยอรมัน					
5. ไทฟอยด์					
6. หัด					
7. คางทูม					
8. บาดทะยัก					
9. วัคซีนตับอักเสบบี	3 ม.ค. 63	3 ก.พ. 63	3 มี.ย 63	-	
10. ไข้หวัดใหญ่					<input checked="" type="checkbox"/>
11. ไข้เลือดออก					<input checked="" type="checkbox"/>
12. พิษสุนัขบ้า					<input checked="" type="checkbox"/>

กรอกข้อมูลตามสมุดบันทึกการได้รับวัคซีน

**\*\* กรุณากรอกให้ครบถ้วน หากมีหลักฐานการรักษา หรือการฉีดวัคซีนมาแล้ว ถ่ายสำเนาและนำมาในวันรายงานตัว \*\***

ลงชื่อ.....นักศึกษา  
(.....)  
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง  
(.....)  
วันที่...../...../.....