

แบบสำรวจความต้องการของท่าน เพื่อที่จะรับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคโควิด- ๑๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..... ตำบล..... อำเภอตะกั่วป่า พังงา

ชื่อ-สกุล เลข ๑๓ หลัก.....

วันเดือน ปี เกิด...../...../..... อายุ.... ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอตะกั่วป่า พังงาเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

- บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
- ผู้ที่มีโรคประจำตัว ดังนี้ (อายุ ๑๘- ๕๙ ปี)
 - ๑.โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืดที่ควบคุมได้ไม่ดี
 - ๒.โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - ๓.โรคไตเรื้อรังที่อยู่ระยะ ๕ ขึ้นไป
 - ๔.โรคหลอดเลือดสมอง
 - ๕.โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด ภูมิคุ้มกันบำบัด
 - ๖.โรคเบาหวาน
 - ๗.โรคอ้วน (น้ำหนัก ๑๐๐ กิโลกรัมขึ้นไป)
- ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ ๑๘ ปี - ๕๙ ปี

ต้องการฉีด

ไม่ต้องการฉีด

ลงชื่อ.....ผู้ที่มีความสมัครใจ

(.....)

วัน เดือน ปี ที่สำรวจ...../...../.....

ลงชื่อ..... อสม.ผู้สำรวจ