

## แบบแสดงข้อมูลเพื่อคัดกรองโรค

### Health Declaration Form

ขอความร่วมมือท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นความจริง เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควิด 19

We need your help in providing the most accurate and truthful medical statement for effective prevention of the spreading of disease

ชื่อ – สกุล (Name – Surname) \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ (Mobile Phone Number) \_\_\_\_\_

1. ท่านมีประวัติการเดินทางมาจากต่างประเทศ หรือมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 14 วัน ที่ผ่านมาหรือไม่?

Have you traveled / transited from any countries except Thailand or areas with COVID-19 outbreak within the past 14 day?

ใช่ (Yes) มาจากประเทศ / พื้นที่ (I have traveled to) \_\_\_\_\_  ไม่ใช่ (No)

1.1 ท่านมีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ต้องสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่?

Have you been in physical contact with suspiciously COVID-19 infected patients?

ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

1.2 ท่านมีประวัติไปสถานที่ชุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า หรือสถานพยาบาล หรือไม่?

Have you ever been to community or assembly place such as Market, Department Store and Hospital?

ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

1.3 ท่านประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับชาวต่างชาติหรือไม่?

Do you work in close contact with the foreign tourist, crowded places or contact with the foreign?

ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

2. ท่านมีไข้  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$  หรือไม่?

Do you have a fever? ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ )

ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

3. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่?

Do you have any of these symptoms?

ไอ (Cough)  ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

เจ็บคอ (Sore throats)  ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

น้ำมูกไหล (Runny nose)  ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

เหนื่อยหอบ (Shortness of breath)  ใช่ (Yes)  ไม่ใช่ (No)

#### หมายเหตุ

หากท่านพบว่า มีไข้  $37.5^{\circ}\text{C}$  หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่บริษัทฯ ระบุไว้ หรือมีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศ หรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 หรือมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ต้องสงสัยการติดเชื้อ COVID-19 ในระยะเวลา 14 วัน บริษัทฯ ขอให้ท่านมอบฉันทะแก่กรรมการอิสระ และ / หรือ กรรมการผู้จัดการของบริษัทฯ ด้วยการกรอกและส่งหนังสือมอบฉันทะให้แก่เจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ แทนการเข้าประชุม และเดินทางกลับ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

If you have a fever ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ); or any symptoms which indicates above; or traveled / transited from any countries except Thailand or the COVID-19 outbreak areas within the past 14 days; or have been in contact with suspiciously COVID-19 infected patients, we would like to kindly ask for your cooperation in granting proxy to our independent director and / or managing director to attend the meeting on your behalf, by filling the Proxy Form and submit to our staff. You may then return to your resident and follow the guideline of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health