



แบบสอบถามทางสุขภาพเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19
ก่อนการเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2563 ของ ปตท.สผ.

ตามที่พบการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส COVID-19 ปตท.สผ. มีมาตรการในการคัดกรองโรคเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม จึงขอความร่วมมือท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามด้านล่างนี้

ชื่อ และ นามสกุล	
หมายเลขโทรศัพท์	

1. ท่านมีอาการเจ็บป่วยเหล่านี้ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ ? กรุณาวางกลมตามอาการที่ปรากฏ

ใช่ / ไม่ใช่	ไข้ / หนาวสั่น	ใช่ / ไม่ใช่	อาการไอแห้งๆ / ไอมีเสมหะ
ใช่ / ไม่ใช่	หายใจสั้นเร็ว / หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก	ใช่ / ไม่ใช่	เจ็บคอ
ใช่ / ไม่ใช่	ปวดเมื่อยตามตัว	ใช่ / ไม่ใช่	มีน้ำมูก

2. ท่านเข้าพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือติดต่อบุคคลที่มีความเสี่ยงดังต่อไปนี้หรือไม่?

ท่านได้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานพยาบาล หรือผู้ต้องสงสัยที่อยู่ภายใต้การตรวจสอบการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือไม่		ใช่ / ไม่ใช่
ท่านได้ไปสถานที่เหล่านี้มาหรือไม่? โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง		ใช่ / ไม่ใช่
☐ ร้านอาหาร (ยกเว้นการซื้ออาหารเพื่อนำกลับไปบริโภคที่อื่น) ☐ ห้างสรรพสินค้า (ยกเว้นซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านขายยา หรือร้านขายสินค้าเบ็ดเตล็ดที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ร้านอาหารที่ซื้อกลับไปรับประทานที่บ้าน) ☐ ตลาดและตลาดนัด (ยกเว้นการซื้ออาหารสด อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จ เพื่อนำกลับไปบริโภคที่อื่น อาหารสัตว์ ร้านขายยา และสินค้าเบ็ดเตล็ดที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต) ☐ ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม ☐ สถานที่บริการสักผิวหนัง หรือเจาะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย ☐ สถานที่เล่นสเก็ต หรือโรลเลอร์เบลด ☐ สวนสนุก สถานที่เล่นโบว์ลิ่ง หรือตุ๊กเกม ☐ ร้านเกม และร้านอินเทอร์เน็ต ☐ สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกซ้อมกอล์ฟ ☐ สระว่ายน้ำ ☐ สนามชนไก่ และสนามซ้อมชนไก่	☐ ศูนย์พระเครื่อง พระบูชา และสนามพระเครื่องพระบูชา ☐ ศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์ประชุม และสถานที่จัดนิทรรศการ ☐ สถานศึกษาทุกระดับ และสถาบันกวดวิชา ☐ สถานที่ให้บริการควบคุมน้ำหนัก คลินิกความงาม และสถานเสริมความงาม ☐ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ร้านสปา ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ร้านนวดเพื่อเสริมความงาม) ☐ สถานที่ให้บริการสปา อาบน้ำ ตัดขน รับเลี้ยงหรือรับฝากสัตว์ ☐ สถานประกอบกิจการอาบ อบ นวด ☐ สถานประกอบกิจการอาบน้ำ อบไอน้ำ อบสมุนไพร ☐ โรงมหรสพ โรงภาพยนตร์ โรงละคร ☐ สถานที่ออกกำลังกาย ☐ สถานบริการและสถานประกอบการที่คล้ายสถานบริการ ☐ สนามมวย และโรงเรียนสอนมวย ☐ สนามกีฬา ☐ สนามม้า	

3. โปรดระบุชื่อจังหวัดกรณีพำนักในประเทศไทย หรือชื่อเมืองและประเทศที่ท่านพำนักอาศัยในช่วง 14 วันที่ผ่านมา
ในช่องตารางข้างล่าง

--

ลายเซ็น _____ วันที่ _____