



แบบสอบถามทางสุขภาพเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19
ก่อนการเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2564 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	หายใจสั้นเร็ว / หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก
ใช่ / ไม่ใช่	ปวดเมื่อยตามตัว
ใช่ / ไม่ใช่	อาการไอแห้งๆ / ไอมีเสมหะ
ใช่ / ไม่ใช่	เจ็บคอ
ใช่ / ไม่ใช่	มีน้ำมูก

2. ท่านได้ใกล้ชิดติดต่อกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลหรือผู้ต้องสงสัยที่อยู่ภายใต้การตรวจสอบการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือไม่

ใช่ / ไม่ใช่

3. โปรดระบุชื่อจังหวัดกรณีพำนักในประเทศไทย หรือชื่อเมืองและประเทศที่ท่านพำนักอาศัยในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ในช่วงตารางข้างล่าง

--

ความยินยอมเพื่อการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้ ปตท.สผ. จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลสุขภาพที่กรอกในแบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19 ฉบับนี้ ตามแนวปฏิบัติในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของ ปตท.สผ. สำหรับการประชุมผู้ถือหุ้นตามแนบในหนังสือเชิญประชุมและปรากฏบน website ปตท.สผ. www.pttep.com เพื่อวัตถุประสงค์ในการคัดกรองโรค COVID-19 ตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรับทราบสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและช่องทางการติดต่อเพื่อดำเนินการตามสิทธิตามรายละเอียดที่ปรากฏในแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวด้วย

ลายเซ็น _____ วันที่ _____