



แบบสอบถามทางสุขภาพเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19  
ก่อนการเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2565 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. ท่านได้ใกล้ชิดติดต่อกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ให้การรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลหรือผู้ต้องสงสัยที่อยู่ภายใต้การตรวจสอบการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือไม่

|              |
|--------------|
| ใช่ / ไม่ใช่ |
|--------------|

**ความยินยอมเพื่อการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้ ปตท.สผ. จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลสุขภาพที่กรอกในแบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19 ฉบับนี้ ตามแนวปฏิบัติในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของ ปตท.สผ. สำหรับการประชุมผู้ถือหุ้นตามแนบในหนังสือเชิญประชุมและปรากฏบน website ปตท.สผ. [www.pttep.com](http://www.pttep.com) เพื่อวัตถุประสงค์ในการคัดกรองโรค COVID-19 ตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรับทราบสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและช่องทางการติดต่อเพื่อดำเนินการตามสิทธิตามรายละเอียดที่ปรากฏในแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวด้วย

ลายเซ็น \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_