



เอกสารการคัดกรองประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19

ตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาด

สำหรับนักเรียนที่สมัครเข้าศึกษาต่อระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

โรงเรียนสวอนหญิง

ชื่อ-นามสกุล.....

ระดับชั้น.....โรงเรียน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรนักเรียน.....เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

1) ข้อมูลการฉีดวัคซีน จำนวน.....เข็ม ไม่ได้ฉีด

เข็มที่ 1 วัคซีน COVID-19 ยี่ห้อวัคซีน.....

เข็มที่ 2 วัคซีน COVID-19 ยี่ห้อวัคซีน.....

เข็มที่ 3 วัคซีน COVID-19 ยี่ห้อวัคซีน.....

2) การตรวจ ATK

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....เวลาที่ตรวจ.....

วิธีการทดสอบ Antigen Test kit (ATK) RT-PCR

โดยการ เก็บสารคัดหลั่งจากโพรงจมูก อื่น ๆ ระบุ.....

3) ผลการประเมินการตรวจ

ผลการตรวจเป็นลบ (Negative)

ผลการตรวจเป็นบวก (Positive)

ลงชื่อ.....นักเรียน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่รายงาน.....

ผู้รับรองผลการตรวจ ATK

ภาพถ่ายชุดตรวจ