เอกสารการคัดกรองประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19

ตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาด

สำหรับผู้ที่มาติดต่อราชการ โรงเรียนสงวนหญิง

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