

# บัตรรายงานผู้ป่วย

แบบ รง.506

กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

123 ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทร./โทรสาร 0 2203 2890, 0 2203 2891

ลักษณะ Case

1 Case สงสัย  2 Case ยืนยัน

เลขที่ 0.....

เลขที่ 1.....

(ของหน่วยงานของท่าน)

## โรค

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> *01 อหิวาตกโรค A00 พบเชื้อ.....   | <input type="checkbox"/> 25 บาดทะยัก A35                                | <input type="checkbox"/> 55 เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากโรคติดเชื้อและโรคปรสิต   |
| <input type="checkbox"/> 02 อหิวาตกโรค A09, A04, A08, A02  | <input type="checkbox"/> *53 บาดทะยักในทารกแรกเกิด A33                  | <input type="checkbox"/> 58 รับประทานเห็ด T620                             |
| <input type="checkbox"/> 03 อาหารเป็นพิษ A05   | <input type="checkbox"/> *66 ไข้เด็งกี (Dengue fever) A90               | <input type="checkbox"/> 68 โรคติดเชื้อลิวมาเนียที่อวัยวะภายใน B550        |
| <input type="checkbox"/> 05 Bacillary (Shigellosis) A03  | <input type="checkbox"/> *26 ไข้เลือดออก (DHF) A911, A919               | <input type="checkbox"/> 71 มือเท้าปาก (HFMD) B084, B085                   |
| <input type="checkbox"/> 06 Amoebic A06  | <input type="checkbox"/> *27 ไข้เลือดออกช็อค (DSS) A910                 | <input type="checkbox"/> *72 Melioidosis A24, A241-A244                    |
| <input type="checkbox"/> 08 Typhoid A01, A010  | <input type="checkbox"/> 28 ไข้สมองอักเสบ A83, A84, A86, B004, G04, G05 | <input type="checkbox"/> 74 ไข้ดำแดง A38                                   |
| <input type="checkbox"/> 09 Paratyphoid (ระบุ) Serogroup.....  | <input type="checkbox"/> *29 Japanese encephalitis A830                 | <input type="checkbox"/> 76 โรคพยาธิปลาเรียว B74                           |
| A011, A012, A013, A014   | <input type="checkbox"/> *30 มาลาเรีย                                   | <input type="checkbox"/> *78 AEFI (ระบุ).....                              |
| <input type="checkbox"/> 10 ตับอักเสบ (Hepatitis, Unspecified) B19                                       | <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> PV                 | <input type="checkbox"/> 82 การติดเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัส ซูอิส        |
| <input type="checkbox"/> 11 A (B15) <input type="checkbox"/> 70 E (B172)                                 | <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> MIXED B50 - B54    | <input type="checkbox"/> 83 โรคติดเชื้อบรูเซลลา A23, A230-A233, A238, A239 |
| <input type="checkbox"/> 12 B (B16)  | <input type="checkbox"/> *31 โรคปอดบวม J12-J16, J170, J171, J18, J851   | <input type="checkbox"/> 84 ซิคุนกันยา A920                                |
| <input type="checkbox"/> 14 โรคตาแดง B30   | <input type="checkbox"/> 36 คุชตะโรคระยะติดต่อ A66                      | <input type="checkbox"/> 85 โบทูลิซึม A051                                 |
| <input type="checkbox"/> 15 ใช้ขวดใหญ่ J10, J11  | <input type="checkbox"/> 37 ชิฟิลิส A50 - A52 (ระบุ) ระยะ.....          | <input type="checkbox"/> 86 พยาธิโรคโมแนสของระบบสืบพันธุ์และ               |
| ระบุเชื้อ.....   | <input type="checkbox"/> 38 หนองใน A54                                  | ทางเดินปัสสาวะ A590, A598, A599  |
| <input type="checkbox"/> 16 หัดเยอรมัน B06   | <input type="checkbox"/> 39 หนองในเทียม A56, N341                       | <input type="checkbox"/> 87 โรคติดเชื้อไวรัสซิกา A925                      |
| <input type="checkbox"/> 17 สุกใส B01  | <input type="checkbox"/> 40 แผลริมอ่อน A57                              | <input type="checkbox"/> 88 โลงที่อวัยวะเพศ B853                           |
| <input type="checkbox"/> 18 ใช้ที่ไม่พบความผิดปกติ (FWLS) R50  | <input type="checkbox"/> 41 กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง A55, A59       | <input type="checkbox"/> 89 หูดข้าวสุก B081                                |
| <input type="checkbox"/> *19 ใช้กาฟหลังแอน A390, G01   | <input type="checkbox"/> 79 เริ่มที่อวัยวะเพศ A600, A601, A609          | <input type="checkbox"/> 90 ใช้เอนเทอไวรัส A850, A870, A341                |
| <input type="checkbox"/> *20 โปลิโอมัยเอไลติส A80  | <input type="checkbox"/> 80 หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก A630                | <input type="checkbox"/> 91 ใช้ขวดนม J09                                   |
| <input type="checkbox"/> *65 กล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสตับอักเสบบวม (AFP) G83, G838, G839, G610, G723, R29 | <input type="checkbox"/> 81 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ (ระบุ).....    | <input type="checkbox"/> 00 โรคอื่นๆ ระบุ.....                             |
| <input type="checkbox"/> 21 หัด B05, B059  | <input type="checkbox"/> *42 พิษสุนัขบ้า A82, A820, A821, A829          |  |
| <input type="checkbox"/> 22 หัดที่มีโรคแทรก (ระบุ).....  | <input type="checkbox"/> *43 เลปโตสไปโรซีส A27, A270, A278, A279        |  |
| B050, B054, B058   | <input type="checkbox"/> 44 สดรับไทมัส A75, A750-A753, A759             |  |
| <input type="checkbox"/> *23 ใช้คอติบ A36, A360-A363, A368, A369   | <input type="checkbox"/> *45 แอนแทรกซ์ A22, A220-A222, A227-A229        |  |
| <input type="checkbox"/> *24 ไอกรน A37, A370, A371, A378, A379   | <input type="checkbox"/> *46 ทริคีโนสิส B75                             |  |
|  | <input type="checkbox"/> 52 คางทูม B26                                  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 54 Meningitis (unspecified) A87, G020, G03     |  |

- ผล Lab ที่สำคัญของโรคที่รายงาน (ถ้ามี)  
.....  
.....  
- ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้  
รายงานด้วยแบบ รง.507

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน                      HN.....

ชื่อ-สกุล บิดา - มารดาหรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี)..... อาชีพ ของบิดา - มารดา.....

สถานที่ทำงานของบิดา - มารดา..... จังหวัด.....

เพศ	อายุ (เต็ม)	ภาวะสมรส	สัญชาติ	อาชีพ/งานที่ทำ (ระบุ)
<input type="checkbox"/> 1 ชาย	..... ปี	<input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 3 หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> 1 ไทย	.....
<input type="checkbox"/> 2 หญิง	..... เดือน	<input type="checkbox"/> 2 คู่ <input type="checkbox"/> 4 หม้าย	<input type="checkbox"/> 2 คนต่างชาติ ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....
	..... วัน		ระบุสัญชาติ.....	จังหวัด.....

ที่อยู่จริงขณะเริ่มมีอาการป่วย (ไม่ใช่ที่อยู่ตามภูมิลำเนาเดิมในกรณีผู้ป่วยเคยอยู่ต่างจังหวัด)

บ้านเลขที่..... ซอย..... หมู่..... หมู่บ้าน / ชุมชน / อาคาร..... ถนน..... แขวง / ตำบล.....

เขต / อำเภอ..... จังหวัด.....	สถานที่รักษา	ประเภทผู้ป่วย
โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....	<input type="checkbox"/> 1 ร.พ. (รัฐบาล).....	<input type="checkbox"/> 1 ผู้ป่วยนอก
สถานที่ใกล้เคียง / บุคคลใกล้ชิด (ระบุ)..... โทรศัพท์.....	<input type="checkbox"/> 2 ร.พ. (เอกชน).....	<input type="checkbox"/> 2 ผู้ป่วยใน
	<input type="checkbox"/> 3 ศูนย์บริการสาธารณสุข.....	

วันเริ่มป่วย	วันพบผู้ป่วย	ชื่อผู้รายงาน	สถานที่ทำงาน	โทรศัพท์
วันที่.....	วันที่.....	.....	.....	.....
เดือน.....	เดือน.....	(กรุณาเขียนตัวบรรจง)		
ปี.....	ปี.....	วันที่เขียนรายงาน	วันรับรายงาน	
สภาพผู้ป่วย	วันที่ตาย			
<input type="checkbox"/> 1 หาย <input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ	วันที่.....			
<input type="checkbox"/> 2 ตาย <input type="checkbox"/> 5 ยังมีชีวิตอยู่	เดือน.....			
<input type="checkbox"/> 3 ยังรักษาอยู่	ปี.....			

ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน  
\* รายงานทุกรายภายใน 24 ชม.  
หมายเหตุ กรณีโรคปอดบวม ที่ต้องรายงานภายใน 24 ชม. เฉพาะที่สงสัย SARS หรือใช้ขวดนม (ปรับปรุงเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2560)

การส่ง : ให้ส่งให้ 1 ใบ ต่อ 1 ฉบับ  
ห้ามซ้อนกัน

บริการธุรกิจตอบรับ

ใบอนุญาตเลขที่ ปน.(น).1475 ปฉจ.สามแสนใน  
ถ้าฝากส่งในประเทศไม่ต้องผูกตราไปรษณียากร

กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ  
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร  
123 ถนนมิตรไมตรี  
เขตดินแดง กรุงเทพฯ  
10400

(๐๐๕๕๕๕๕๕๕๕๕๕)

(๐๐๕๕๕๕๕๕๕๕๕๕)