

วันที่รับบริการ .

HN.....

ลงทะเบียนตรวจโควิดที่โรงพยาบาลรักษัสกล

ชื่อ-สกุล.....

เบอร์โทร.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน.....อายุ.....ปี

กรุณาเลือกอาการที่มี

ปกติ/ไม่มีอาการ

มีไข้ ($>37.5^{\circ}\text{C}$) ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่รับรส

หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย

มีประวัติติดต่อกับผู้ป่วยโควิด-19 หรือไม่ ไม่มี มี พบเมื่อวันที่.....

อยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดหรือไม่ ไม่ อยู่จังหวัด..... (เช่น สกลนคร)

1.หลังจากกรอกข้อมูลเสร็จ ให้นำไปให้เจ้าหน้าที่ที่เดินพร้อมแนบบัตรประชาชนตัวจริงของท่าน แล้วรอประกาศเรียกชื่อเพื่อเก็บเชื้อ

2.หลังจากเก็บเชื้อที่จมูกแล้ว ภายใน 15 นาที หากไม่มีเจ้าหน้าที่ติดต่อท่านแปลว่าผลของท่าน คือ “ไม่พบเชื้อ” ท่านสามารถกลับบ้านได้เลย

ต้องการผลเป็นกระดาษเพิ่ม(ใช้เวลารอประมาณ 1-2 ชั่วโมง)

ข้าพเจ้ารับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อโควิดและยินยอมให้เก็บสิ่งส่งตรวจตามที่แพทย์ส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID-19 และยินยอมให้ส่งผลการตรวจให้สาธารณสุขจังหวัดสกลนครเพื่อใช้ในการควบคุมโรค

ลงชื่อผู้ถูกตรวจ/ผู้แทน.....