



Travel Clinic - Health Questionnaire
The Hospital for Tropical Diseases
Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University

ชื่อ-นามสกุล:		อายุ (ปี):	วันเกิด:
เพศ: <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ประจำเดือนล่าสุด:	อาชีพ:	เบอร์โทรติดต่อ:
กำลังตั้งครรภ์: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ กำลังให้นมบุตร: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	อีเมลล์:		หมายเลขบัตรประชาชน/พาสปอร์ต:
สัญชาติ: <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> _____ เกิดที่: <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> _____	ประเทศที่อาศัยก่อนอายุ 10 ขวบ: <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> _____ ปัจจุบันอาศัยที่ประเทศ: <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> _____		กรณีฉุกเฉิน ติดต่อ:
ที่อยู่ (ในไทย):			

โรคประจำตัว: ไม่มี ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง _____ โรคปอดเรื้อรัง
 โรคหัวใจ _____ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง/ HIV กินยาเสพติด/ยากดภูมิ อื่นๆ _____

ยาที่ใช้อยู่: ไม่มี มี ได้แก่ _____ ประวัติแพ้ยา/อาหาร? ไม่มี ยา วัคซีน อื่นๆ (ไข่, เจลาติน, ลาเท็กซ์, อื่นๆ) _____

ประวัติการได้รับวัคซีน: (ถ้าเคยได้รับมาก่อน กรุณาระบุวันที่)

ตับอักเสบ เอ No Yes _____ ตับอักเสบ บี No Yes _____ หัด-หัดเยอรมัน-คางทูม No Yes _____
พิษสุนัขบ้า No Yes _____ โทฟอยด์ No Yes _____ ไข้มองอักเสบ เจอี No Yes _____
ไขหัด No Yes _____ ไขหวัดใหญ่ No Yes _____ ไขกาฬหลังแอ่น No Yes _____
อีสุกอีใส No Yes _____ บาดทะยัก No Yes _____ โควิด-19 No Yes _____

ประวัติการเดินทาง: ระบุประเทศและวันที่เดินทางไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เริ่มต้นจากประเทศล่าสุด หากมีการเดินทางด้วยเรือโปรดระบุ					
เริ่ม (วัน/เดือน/ปี)	สิ้นสุด (วัน/เดือน/ปี)	ประเทศ	เริ่ม (วัน/เดือน/ปี)	สิ้นสุด (วัน/เดือน/ปี)	ประเทศ
1.			3.		
2.			4.		

How do you know us? Friend/Relative Other hospital/Clinic Internet Travel Agency (Please specify: _____)

ท่านกำลังจะเดินทางไปประเทศใด _____ กำหนดการเดินทาง _____
จุดประสงค์ของการเดินทาง: ท่องเที่ยว ทำงาน ประชุม ศึกษาต่อ ย้ายถิ่นฐาน อื่นๆ _____

กรณีเจ็บป่วยจากการเดินทาง: กรุณาตอบคำถามด้านล่าง

กรุณาระบุรายละเอียดเหตุการณ์ และอาการที่เกิดขึ้น
--

ประวัติการเดินทาง: ระบุรายชื่อประเทศ พร้อมปี ค.ศ. ที่เดินทางไป หรือ อาศัยอยู่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ไม่รวมกับประเทศที่ระบุไว้ข้างต้น)						
ประเทศ	1	2	3	4	5	6
ปี (20-xx)						

ท่านได้รับการปรึกษาก่อนการเดินทางครั้งนี้หรือไม่: ไม่ ใช่

ถ้าใช่ โปรดระบุเพียง 1: อินเทอร์เน็ต แพทย์เวชศาสตร์การเดินทาง แพทย์ทั่วไป เพื่อน/ญาติ อื่นๆ _____

จุดประสงค์ของการเดินทางในครั้งนี Tourism Business/Corporate/Conference Research Education/ Student
 Military Migrant worker Migration Planned Medical Care Military
 Visiting friends or Relative Missionary/Humanitarian/Volunteer/Community Service