

**โรงเรียนบ้านบางสะพานน้อย**

**Banbangsaphannoi school**

**แบบบันทึกการมาเรียนและ**

**การคัดกรองสุขภาพนักเรียน**



ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ปีการศึกษา 2564

โดย

……………………………..

ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา

เสนอ

(นางสุกัญญา ปัตเมฆ)

ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านบางสะพานน้อย

****

**แบบบันทึกการมาเรียนและการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน**

**เผื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19**

โรงเรียนบ้านบางสะพนน้อย ชั้น...............................

วันที่.......................เดือน..............................................พ.ศ..............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ-สกุล | อุณหภูมิร่างกาย(องศาเซลเซียส) | อาการแสดงเบื้องต้น | | | | | | | | | มาจากพื้นที่เสี่ยง | สมาชิกในครอบครัวถูกกักตัว/ป่วย | เวลามาเรียน |
| ไข้ | ตาแดง | ผื่น | ไอ | น้ำมูก | เจ็บคอ | เหนื่อย/หอบหายใจลำบาก | จมูกไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นลดลง | ลิ้นไม่รู้รสหรือรับลดน้อยลง |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | ชื่อ-สกุล | อุณหภูมิร่างกาย(องศาเซลเซียส) | อาการแสดงเบื้องต้น | | | | | | | | | มาจากพื้นที่เสี่ยง | สมาชิกในครอบครัวถูกกักตัว/ป่วย | เวลามาเรียน |
| ไข้ | ตาแดง | ผื่น | ไอ | น้ำมูก | เจ็บคอ | เหนื่อย/หอบหายใจลำบาก | จมูกไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นลดลง | ลิ้นไม่รู้รสหรือรับลดน้อยลง |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ พื้นที่เสี่ยง หมายถึงพื้นที่ที่มีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ พื้นที่ที่มีผู้มีอาการเสี่ยง (ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก) พื้นที่ที่มีคนรวมตัวกันจำนวนมาก หรือ

พื้นที่ปิด แออัด อยู่ใกล้ชิดกันมาก (ไม่เกิน 1 เมตร)

ลงชื่อ.............................................. ลงชื่อ...........................................

(.............................................. ) (................................................)

ครูประจำชั้น ครูที่ปรึกษา