

โครงการป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแลง ปี 2566



รับผิดชอบโดย

นาย มุฮัมมัดอายีดีง ปือนีมะเร๊ะ

นักวิชาการสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส ต.บालะ อ.กาบัง จ.ยะลา

งบกกองทุนองค์การบริหารส่วนตำบลบาละ

แบบสรุปรายงานการใช้เงิน
โครงการ ร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงประจำปีงบประมาณ 2566

สรุปรายงานการใช้เงินในกิจกรรม

วันที่ 26 มิถุนายน 2566 4-5-6-7-10-11-25 กรกฎาคม 2566 และ 21-22-23-24 สิงหาคม 2566.....

สถานที่ หมู่ 2,7,8,11 ต.บวละ อ.กาบัง จ.ยะลา

1. หมวดค่าตอบแทน.....	8,000	.....	บาท
1.1 พันหมอกควัน 10 ครั้ง.....	8,000	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
1.2 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม.....	-	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
1.3 ค่าติดตาม.....	-	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
2. หมวดค่าจ้าง.....	720	.....	บาท
ค่าจ้าง.....	720	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3. หมวดค่าใช้จ่าย.....	13,450	.....	บาท
3.1 ค่าที่พัก.....	-	.....	บาท
3.2 ค่าอาหาร.....	2,250	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.3 ค่าห้องประชุม.....	-	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.4 ค่าถ่ายเอกสาร.....	-	.....	บาท
3.5 ค่าเดินทาง.....	-	.....	บาท
3.6 ค่าเช่ารถ.....	-	.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.7 ค่าน้ำมันใช้พ่น.....	11,200	.....	บาท
3.8 อื่น ๆ ระบุ.....	-	.....	บาท
4. หมวดค่าวัสดุ.....	7,880	.....	บาท
5. หมวดค่าสาธารณูปโภค.....		.....	บาท
5.1 ค่าส่งไปรษณีย์.....	-	.....	บาท
5.2 ค่าโทรศัพท์.....	-	.....	บาท
6. หมวดอื่นๆ (ค่าเปิดบัญชีโครงการ).....		.....	บาท
	รวม.....	30,050	..... บาท
		(..... สามหมื่นห้าสิบบาทถ้วน.....)	

หมายเหตุ.....



ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปี ๒๕๖๖

ผลการดำเนินงาน

๑. กิจกรรม ร่วมกันถ่างหญ้าบริเวณลำธาร ดังนี้

วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ ทั้งหมด ๓๑ คน โดยจัดกิจกรรมถ่างหญ้าริมลำธาร ๑ สาย หมู่ที่ ๗ บ้านคลองปุด ในพื้นที่มีน้ำขัง และบริเวณที่มีน้ำไหลช้าทำให้เกิดแหล่งเกิดโรคในชุมชน โดยกิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อโดยแมลง
๒. เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรคติดต่อโดยแมลง
๓. เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคที่นำโดยแมลง
๔. เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี ปราศจากเจ็บป่วยด้วยโรค

๑.๒ กิจกรรม “กระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง”

กิจกรรมกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง จำนวน ๙ บ่อๆละ ๓๐ ตัว กลุ่มเป้าหมาย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ๔ คน หมู่ ๒,๗,๘,๑๑ เจ้าหน้าที่ MP (มาลาเรีย) ๔ คน หมู่ ๒,๗,๘,๑๑ และรพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ๑ แห่ง โดยมีการกระจายปลาหางนกยูงทุกหมู่บ้านเพื่อไม่ให้ค่า HI เกินเกณฑ์มาตรฐาน(HI ไม่เกิน ๑๐) ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. เพื่อควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ให้ค่า HI เกินเกณฑ์มาตรฐาน(HI ไม่เกิน ๑๐)
๒. ประชาชนในพื้นที่ ไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
๓. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

๑.๓ กิจกรรม พ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุม

กิจกรรมควบคุมป้องกันโรค โดยการพ่นหมอกควันสารเคมีตกค้างกำจัดยุงตัวแก่ ในพื้นที่รับผิดชอบ สถานที่ลงพ่นดังนี้

๑. วันที่ ๒๔/๖/๐๕๖๖ โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านจุฬารณที่๑๑
๒. วันที่ ๔/๗/๒๕๖๖(day๑) บ้านเลขที่ ๙๓/๓ และบ้านเลขที่ ๓๑๒ ม.๒ บ้านตาโง
๓. วันที่ ๕/๗/๒๕๖๖(day๑) บ้านเลขที่ ๑๕๖/๓ ม.๗ บ้านคลองปุด และฐานปฏิบัติการ ๔๔๐๑ ม.๗

บ้านคลองปุด

๔. วันที่ ๖/๗/๒๕๖๖(day๓) บ้านเลขที่ ๙๓/๓ และบ้านเลขที่ ๓๑๒ ม.๒ บ้านตาโง
๕. วันที่ ๗/๗/๒๕๖๖(day๓) บ้านเลขที่ ๑๕๖/๓ ม.๗ บ้านคลองปุด และฐานปฏิบัติการ ๔๔๐๑ ม.๗

บ้านคลองปุด

๖. วันที่ ๑๐/๗/๒๕๖๖ (day๗) บ้านเลขที่ ๙๓/๓ และบ้านเลขที่ ๓๑๒ ม.๒ บ้านตาโง
๗. วันที่ ๑๑/๗/๒๕๖๖ (day๗) บ้านเลขที่ ๑๕๖/๓ ม.๗ บ้านคลองปุด และฐานปฏิบัติการ ๔๔๐๑ ม.๗

บ้านคลองปุด

๑.๔ กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อโดยแมลง

กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อโดยแมลงโดยมีกิจกรรมลงพื้นที่ที่มอบายาทากันยุง ให้
 ความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนในชุมชน และดำเนินการดังนี้

- _____ วันที่ ๒๑/๘/๒๕๖๖ หมู่ ๒ บ้านคลองน้ำใส
- _____ วันที่ ๒๒/๘/๒๕๖๖ หมู่ ๗ บ้านคลองปุด
- _____ วันที่ ๒๓/๘/๒๕๖๖ หมู่ ๘ บ้านคลองชิง
- _____ วันที่ ๒๔/๘/๒๕๖๖ หมู่ ๑๑ บ้านจุฬารณพัฒนาที่ ๑๑

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ ๑ ๓๑ คน /กิจกรรมที่ ๒ ๙ คน /กิจกรรมที่ ๓ พันหมอก
 ควัน ๑๐ ครั้ง/กิจกรรมที่ ๔ หมู่ ๒,๗,๘,๑๑

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๓๐,๐๕๐..... บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๓๐,๐๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐....
 งบประมาณเหลือ.....-..... บาท คิดเป็นร้อยละ-....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

1. ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)


- 1. ประชาชนในชุมชนมีการเลี้ยงนกเขาเป็นจำนวนมาก ยากต่อการพันหมอกควันในการกำจัดยุงลายตัวแก่
- 2. พื้นที่ชุมชนเป็นป่าดิบชื้น มีแม่น้ำและลำธารหลายสาย เหมาะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง

2. แนวทางการแก้ไข /โอกาสพัฒนา (ระบุ)

- 1. ดำเนินการให้ความรู้ในการป้องกันโรคโดยใช้สเปรย์ฉีดภายในบ้านแทนการพันหมอกควันรอบบ้าน
- 2. อบต.สนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะ เห็นควรมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมพันหมอกควัน กิจกรรมล้างภาชนะล้างจาน
 อย่างต่อเนื่อง โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ ความร่วมมือผ่านแกนนำชุมชน เพื่อความยั่งยืนในการป้องกัน
 โรคติดต่อโดยแมลงในชุมชนต่อไป



ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(.....นายอัมมัตอัยดิ้ง บือนิมะเร๊ะ.....)
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข.....
วันที่-เดือน-พ.ศ.๒๖... กันยายน ๒๕๖๖.....



หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองน้ำใส ตำบลบวลาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรม	งบประมาณ	พ.ศ. 2566								หมายเหตุ	
					ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.		ก.ย.
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ปี 2566	1. เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง 2. เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรคติดต่อมาโดยแมลง 3. เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อมาโดยแมลง 4. เพื่อเป็นการรณรงค์ในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง	สถานที่ราชการและหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ หมู่ที่ 2, 7, 8, 11 ตำบลบวลาละ 1. ตาติกา 4 แห่ง 2. โรงเรียน 1 แห่ง 3. ศพด. 1 แห่ง 4. ค่าย ดชด. 2 แห่ง 5. สถานที่จุดกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง 9 แห่ง (บ้านประธานอสม 4 แห่ง, บ้าน MP 4 แห่ง, รพ.สต. 1 แห่ง) 6. มัสยิดในเขตรับผิดชอบ 6 แห่ง 7. อาสาสมัครชุมชน 30 คน	กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง 1.ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง 2.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ กำหนดการดำเนินงาน 3.ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนหรือตัวแทนที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำควบคุม ดังนี้ กิจกรรมร่วมกันถ่างหญ้าบริเวณลำธาร ม.7 ปาดสิมา โดยเชิญชวน อาสาสมัครชุมชน ร่วมกันทำกิจกรรม กิจกรรมกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง มีการติดตั้งบ่อซีเมนต์ จำนวน 9 แห่ง กิจกรรมควบคุมและป้องกันโรค โดยการพ่นหมอกควันสารเคมีตกค้างกำจัดยุงตัวแก่และคัดกรองค้นหาผู้ป่วย กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง ,ให้ความรู้ ,เจาะเลือดค้นหาโรคโดยเร็วที่สุด	30,050 บาท (เงินสามหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)										

ลงชื่อผู้เสนอ สุชีพศักดิ์ ใจดี

(นายมุฮัมมัดอายิดิง บือนินมะเร๊ะ)

นักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ [Signature]

(นายอิสมาน มณีทิยา)

เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ลงชื่อ [Signature]

(นายพล หนูทอง)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ



แผนงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส งบประมาณ ๒๕๖๖

สปสข.๒

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

กิจกรรมประเภทที่ ๑ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
โครงการร่วมมือ	๑. เพื่อควบคุมและป้องกัน	๑.ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง	ม.ค ๖๖ - ก.ย.๖๖	๑.กิจกรรมร่วมกันทางหมู่บ้านบริเวณลำธาร ม.๗ ปาตาลีมา	นายมุฮัมมัดอัยดีง
ป้องกันควบคุม	โรคติดต่อฯโดยแมลง	๒.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ		ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๐ คน X ๒๕ บาท X ๑ มื้อ = ๗๕๐ บาท	
โรคติดต่อฯโดย	๒. เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์	กำหนดการดำเนินงาน		ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๐ คน X ๕๐ บาท X ๑ มื้อ = ๑,๕๐๐ บาท	
แมลง ปี ๒๕๖๖	โรคติดต่อฯโดยแมลง	๓.ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานชุมชน		๒ กิจกรรมกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง	
	๓. เพื่อลดการแพร่ระบาดของ	หรือตัวแทนที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำควบคุม ดังนี้		ค่าปลาหางนกยูง จำนวน บ่อละ ๓๐ ตัว X ๔ บาท X ๙ แห่ง = ๑,๐๘๐ บาท	
	โรคติดต่อฯโดยแมลง	กิจกรรมร่วมกันทางหมู่บ้านบริเวณลำธาร ม.๗		ค่าอซิเมนต์ในการเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง จำนวน ๙ บ่อ X ๖๐๐ บาท = ๕,๔๐๐ บาท	
	๔.เพื่อเป็นการรณรงค์ในการ	ปาตาลีมา โดยเชิญชวน อาสาสมัครชุมชนร่วม		๓.กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯโดยแมลงในชุมชน	
	ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ	ร่วมกันทำกิจกรรมจำนวน ๓๐ คน		ค่าตอบแทนพ่นหมอกควันจำนวน ๔ คน X ๑๐ ครั้ง X ๒๐๐ บาท X ๔ หมู่บ้าน = ๘,๐๐๐ บาท	
	นำโดยแมลง	กิจกรรมกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง		ค่าน้ำมันเบนซิน ๑๐ ลิตร X ๔๐ บาท X ๑๐ ครั้ง = ๔,๐๐๐ บาท	
		โดยมีจุดกระจาย จำนวน ๙ บ่อๆละ ๓๐ ตัว		ดีเซล ๒๐ ลิตร x ๓๖ บ. X ๑๐ ครั้ง = ๗,๒๐๐ บาท	
		กิจกรรมลงพื้นที่ควบคุมและป้องกันโรค		๔.กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อฯโดยแมลง	
		โดยการพ่นหมอกควันสารเคมีตกค้าง		ค่ายาพ่นกันยุง ขนาด ๘ มล. จำนวน ๒๐๐ ซองๆ ๕ บ. = ๑,๐๐๐ บาท	
		กำจัดยุงตัวแก่และคัดกรองค้นหาผู้ป่วย		ค่าสเปรย์ไล่ยุง ขนาด ๖๐๐ มล ๔ กระป๋องๆ ๑๐๐ บ = ๔๐๐ บาท	
		กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรค		ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ ขนาด ๑.๒*๒.๔ เมตร = ๗๒๐ บาท	
		ติดต่อฯโดยแมลง ,ให้ความรู้ ,เจาะเลือดค้นหา			
		โรคโดยเร็วที่สุด			
				รวมทั้งสิ้น ๓๐,๐๕๐ บาท	
				รวมเงินทั้งสิ้น ๓๐,๐๕๐ บาท (เงินสามหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)	



กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบลาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

กิจกรรมประเภทที่ 1 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย/รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ปี 2566	<p>1. เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง</p> <p>2. เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรคติดต่อมาโดยแมลง</p> <p>3. เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อมาโดยแมลง</p> <p>4. เพื่อเป็นการรณรงค์ในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง</p>	<p>1.ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบกำหนดการดำเนินงาน</p> <p>3.ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานชุมชนหรือตัวแทนที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำควบคุม ดังนี้</p> <p>กิจกรรมร่วมกันทางหมู่บ้านบริเวณลำธาร ม.7 ปาตาลีมา โดยเชิญชวน อาสาสมัครชุมชนร่วมกันทำกิจกรรมจำนวน 30 คน</p> <p>กิจกรรมกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง โดยมีจุดกระจาย จำนวน 9 บ่อละ 30 ตัว</p> <p>กิจกรรมลงพื้นที่ควบคุมและป้องกันโรคโดยการพ่นหมอกควันสารเคมีตกค้าง</p> <p>กำจัดยุงตัวแก่และคัดกรองคันทาผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง ,ให้ความรู้ ,เจาะเลือดค้นหาโรคโดยเร็วที่สุด</p>	ม.ค 66 - ก.ย.66	<p>1.กิจกรรมร่วมกันทางหมู่บ้านบริเวณลำธาร ม.7 ปาตาลีมา</p> <p>ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 30 คน X 25 บาท X 1 มื้อ =750 บาท</p> <p>ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 30 คน X 50 บาท X 1 มื้อ =1,500 บาท</p> <p>2 กิจกรรมกระจายแหล่งเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง</p> <p>ค่าปลาหางนกยูง จำนวน บ่อละ 30 ตัว X 4 บาท X 9 แห่ง = 1,080 บาท</p> <p>ค่าบอซีเมนต์ในการเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูง</p> <p>จำนวน 9 บ่อ X 600 บาท = 5,400 บาท</p> <p>3.กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงในชุมชน</p> <p>ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน</p> <p>จำนวน 4 คน X 10 ครั้ง X 200 บาท X 4 หมู่บ้าน = 8,000 บาท</p> <p>ค่าน้ำมันเบนซิน 10 ลิตร X 40 บาท X 10 ครั้ง = 4,000 บาท</p> <p>ดีเซล 20 ลิตร x 36 บ. X 10 ครั้ง = 7,200บาท</p> <p>4.กิจกรรมรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง</p> <p>ค่ายาทาแกันยุง ขนาด 8 มล. จำนวน 200 ซองๆ 5 บ. = 1,000 บาท</p> <p>ค่าสเปรย์ไล่ยุง ขนาด 600 มล 4 กระป๋องๆ 100 บ = 400 บาท</p> <p>ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ ขนาด 1.2*2.4 เมตร = 720 บาท</p> <p style="text-align: right;">รวมทั้งสิ้น 30,050 บาท</p> <p>รวมเงินทั้งสิ้น 30,050 บาท (เงินสามหมื่นห้าสิบบาทถ้วน)</p>	นายอัมมัตอายีดิ้ง



แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบวลาละ

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี ๒๕๖๖

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบวลาละ

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใสมีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี ๒๕๖๖ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบวลาละ เป็นเงิน ๓๐,๔๒๐ บาท (เงินสามหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

๑. หลักการและเหตุผล

โรคติดต่อ นำโดยแมลง นับเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยตลอดมา เช่น โรคไข้เลือดออก และ โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่สร้างความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งที่ทุกฝ่ายได้ช่วยกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมมาโดยตลอด และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกไม่ได้ลดลงมากนัก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศเรื่อยมา ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ไม่ว่าจะเป็นด้านการควบคุมและป้องกันโรค ด้านการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา สำหรับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำได้โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย เช่น ผู้บริหาร สมาชิกสภา โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนประชาชน และนอกจากความร่วมมือจากทุกฝ่ายแล้ว ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการปฏิบัติงานก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส พบว่า มีผู้ป่วยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ๗๖ ราย, ๒๑ ราย, ๕๗ ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ๕ ราย, ๖ ราย, ๔ ราย ตามลำดับ (ตาม รง.๕๐๖)

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงขึ้นในปี ๒๕๖๖ เพื่อลดอัตราการป่วยของโรคติดต่อ นำโดยแมลง และเป็นการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรคติดต่อ นำโดยแมลง พร้อมทั้งการค้นหาโรคโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนตลอดจนถึงควบคุมป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง
- ๒.๒ เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรคติดต่อ นำโดยแมลง
- ๒.๓ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ นำโดยแมลง
- ๒.๔ เพื่อเป็นการรณรงค์ในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ นำโดยแมลง

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลง
รายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบาละ
ครั้งที่ 2 /2566..... เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

งบประมาณที่เสนอ จำนวน 30,050.- บาท

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดย
แมลง ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 30,050.-บาท

เพราะ.....
.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

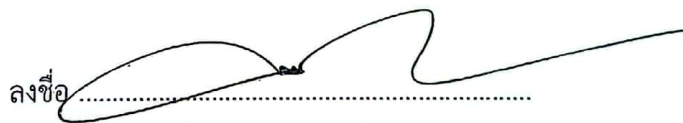
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3)
ภายในวันที่

ลงชื่อ



(นายพล หนูทอง)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบาละ
วันที่-เดือน-พ.ศ. 28 กุมภาพันธ์ 2566

เล่มที่ 44 ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี เลขที่ 14

หจก.กาบังปิโตรเลียม

106 ม.1 ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา
โทร. 073-258050, 081-7662039, 089-2999194

กรมสรรพากร ผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 9535 43000 29 4


ตรวจกรมสรรพากรในควบคุมไว้ตามหลักฐานโดย
นาม. พงศธร ๒๕๖๖ วันที่ 07/07/25๖๖

ที่อยู่ ช.บ.ภ.ล. ๐.๓๖๖ จ.ยะลา

จำนวน	รายการ	ราคาต่อลิตร	บาท	สต.
42.10 ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 95	35.63	1500	-
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 91			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ E20			
30.85 ลิตร	น้ำมันดีเซล	32.42	1,000	-

รวมมูลค่าสินค้า	2,336	45
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	163	55
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	2,500	-

ผู้รับของ..... 

ผู้ส่งของ..... 

สำเนาถูกต้อง



(นายอุษัณห์คಾಯีติง บิอนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

เล่มที่ ๗๕..... ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี เลขที่ 31

หจก.กาบังปิโตรเลียม

106 ม.1 ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา


โทร. 073-258050, 081-7662039, 089-2999194

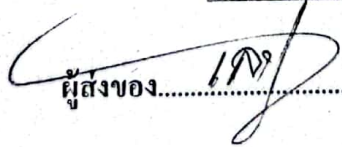
บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์อากร 0 9535 43000 29 4

ใบส่งของ/ใบกำกับภาษีประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
นามและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร วันที่ 17 / 07 / 25 ๖๖

ที่อยู่ เลข.มงคล: ๐.๗๗๖ จ.ย.๗

จำนวน	รายการ	ราคาต่อลิตร	บาท	สต.
40.04 ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 95	37.43	1,500	-
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 91			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ E20			
30.85 ลิตร	น้ำมันดีเซล	32.42	1,000	-
รวมมูลค่าสินค้า			2,306.45	
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%			163.55	
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น			2,500	-

ผู้รับของ..... 

ผู้ส่งของ..... 

สำเนาถูกต้อง



(นายมุฮัมมัดอาซียิง ปือมะระ๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

เล่มที่ ๗๘..... ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี เลขที่ 22

หจก.กาบังปิโตรเลียม

106 ม.1 ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา

โทร. 073-258050, 081-7662039, 089-2999194


กรมสรรพากร 0-9535 43000 29 4

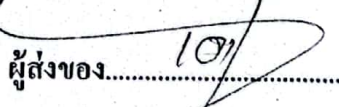
ใบกำกับภาษีมูลค่าเพิ่ม
นาม หจก.กาบังปิโตรเลียม วันที่ 26 / 07 / 2566

ที่อยู่ ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา

จำนวน	รายการ	ราคาต่อลิตร	บาท	สต.
38.63 ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 95	38.83	1500	-
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 91			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ E20			
30.85 ลิตร	น้ำมันดีเซล	32.42	1000	-

รวมมูลค่าสินค้า	2,336.45
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	163.55
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	2,500.-

ผู้รับของ..... 

ผู้ส่งของ..... 

สำเนาถูกต้อง



(นายอัมมัตอัยดิ้ง บือนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

เล่มที่ 47..... ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี เลขที่ 30

หจก.กาบังปิโตรเลียม

106 ม.1 ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา
โทร. 073-258050, 081-7662039, 089-2099194


เลขที่ใบเสร็จรับเงินประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 9535 43000 29 4

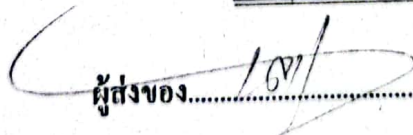
ใบส่งของออกโดยกรมสรรพากร
นามบริษัทปิโตรเลียม จำกัด 2566 วันที่ 15 / 08 / 25 66

ที่อยู่ ๓ มาต.0. หมู่ ๙-๗:๑๗

จำนวน	รายการ	ราคาต่อลิตร	บาท	สต.
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 95			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 91			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ E20			
30.85 ลิตร	น้ำมันดีเซล	32.42	1,000	-

รวมมูลค่าสินค้า	934.58
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	65.42
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	1,000 -

ผู้รับของ..... 

ผู้ส่งของ..... 

สำเนาถูกต้อง



(นายชุมมัตถ์อาศัยตั้ง บ็อนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

เล่มที่ 49 ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี เลขที่ 43

หจก.กาบังปิโตรเลียม

106 ม.1 ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา

โทร. 073-258050, 081-7662039, 089-2999194

กรมสรรพสามิต/รหัสประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 9535 43000 29 4

โครงการไม่เก็บตามแผน/สัญญาที่ 0
นามบริษัท/เลขที่: 0566 วันที่ 31 / 08 / 25 66

ที่อยู่ ๗๗ ม.๖ อ.ต.๖ อ.๗.๗

จำนวน	รายการ	ราคาต่อลิตร	บาท	สต.
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 95			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ 91			
ลิตร	แก๊สโซฮอล์ E20			
21.99 ลิตร	น้ำมันดีเซล	32.42	700 -	

รวมมูลค่าสินค้า	654.21
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	45.79
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	700 -

ผู้รับของ.....

ผู้ส่งของ.....

สำเนาถูกต้อง

นายมูฮมมัดอายีดีง บ็อนิมะระ๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

รายละเอียดใบสั่งซื้อน้ำมันเชื้อเพลิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองน้ำใส

ตามโครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปี 2566

ลำดับ ที่	ใบสั่ง			ชนิดน้ำมัน		ราคาต่อ หน่วย	จำนวนเงิน บาท/สตางค์
	เล่มที่	เลขที่	ลงวันที่	เบนซิน จำนวนลิตร	ดีเซล จำนวนลิตร		
1.	005	245	7 กรกฎาคม 2566	42.10		35.63	1,500.00
	005	245	7 กรกฎาคม 2566		30.85	32.42	1,000.00
2.	005	246	17 กรกฎาคม 2566	40.07		37.43	1,500.00
	005	246	17 กรกฎาคม 2566		30.85	32.42	1,000.00
3.	005	247	26 กรกฎาคม 2566	38.63		38.83	1,500.00
	005	247	26 กรกฎาคม 2566		30.85	32.42	1,000.00
4.	005	250	11 สิงหาคม 2566	25.43		39.33	1,000.00
	005	250	11 สิงหาคม 2566		30.85	32.42	1,000.00
5.	010	451	15 สิงหาคม 2566		30.85	32.42	1,000.00
6.	010	452	21 สิงหาคม 2566		21.59	32.42	700.00
รวม				146.23	175.84		11,200.00

(เงินหนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)

สำเนาถูกต้อง



(นายมุขมัตอาศัยัง บ่อนิระระ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(วงศ ทศตศอบ 3/2/66

ณ 4/7/66

ชื่อ นามสกุล (พิมพ์) ชื่อจริง
นามสกุล นามสกุล (พิมพ์) นามสกุล (พิมพ์)

Tel. 0849630532

แบบสอบสวนโรคไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS)

ID = 1940900602161 (ฉบับ. ก. 04/4/2552

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล ชื่อจริง: สกกุล ชื่อ: เพศ () ชาย (x) หญิง อายุ 14 ปี 3 เดือน
HN 71001 AN ที่อยู่ 312 ม. 2 ต. บางพลี อ. บางพลี เขต บางพลี
อาชีพ นักโทษ เชื้อชาติ ไทย สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย วันที่พบการรักษา

ครั้งที่ 1	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วยนอก/ใน	การวินิจฉัย
1	3/6/66	ม. ๓๖5	ผู้ป่วยนอก	DHF

3. อาการและอาการแสดง

ไข้	T 37.6 (x) มี () ไม่มี	ปวดศีรษะ	(x) มี () ไม่มี
ปวดกระบอกตา	() มี (x) ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	() มี (x) ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก	() มี (x) ไม่มี	ผื่น	() มี (x) ไม่มี
เลือดออก	() มี (x) ไม่มี	ตับโต	() มี (x) ไม่มี
Tourniquet	() มี (x) ไม่มี	ซีออก BP.....	() มี (x) ไม่มี
อื่นๆ มีปวดหัว ตื่นนอน 2 ครั้ง เช้า อาบน้ำ 1 ครั้ง ตอนเย็น วันที่ 3/6/66			

ผลการรักษา () หาย (x) ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่..... () เสียชีวิต วันที่.....

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ 3/7/66 เวลา 10:49 น.	ครั้งที่ 2 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....
HCT	62.6				
WBC	5730				
Lymphocyte	24.2				
Atypical Lymph	-				
Plt	102,000				

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

day 1 วันที่ 4/7/66

day 3 วันที่ 6/7/66

day 5 วันที่ 10/7/66

สำเนาถูกต้อง

[Signature]

(นายบุญมี น้อยอายุถึง ป้อนิมะระ) แพทย์สาธารณสุข

Core หลักสูตร 5005166 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Admit

Tel 0952703340

In 1909800 283 153

ฉบับ. 2015/2531

แบบสอบสวนโรคใช้เลือกออก (DF/DHF/DSS)

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๑
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นพ. ภิรมย์ สกกุล วิชาญชัย เพศ ชาย () หญิง อายุ 35 ปี 1 เดือน
HN 55596 AN ที่อยู่ 88 ม. ๕ ซ. ออสนวน ๐. ควนประทีป ๑. ระยอง เบอร์โทร ๐๙ ๙๒ ๗๐ ๙๓๔๐
อาชีพ วิศวกร เชื้อชาติ ไทย สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา วิทยาลัยเทคนิค ๕๔๐๑ อ. ๒๖๓๗๖

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย 29/6/๖๑ วันที่พบการรักษารักษา 3/7/๖๑

ครั้งที่ 1	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วยนอก/ใน	การวินิจฉัย
1	3/7/๖๑	รพ. มทปริ	ผู้ป่วยนอก	DHF
2	4/๖/๖๑	รพ. มทปริ	ผู้ป่วยนอก	DHF

3. อาการและอาการแสดง

ไข้	39.2	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดศีรษะ	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดกระบอกตา		<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก		<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ผื่น	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
เลือดออก		<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ดับไต	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
Tourniquet		<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ช็อก BP.....	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ	ผื่นแดง 1-2 ครั้ง/วัน					

ผลการรักษา () นาย () ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่..... () เสียชีวิต วันที่.....

Admit ๖/๖/๖๑ รพ. กทม

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ 3/๖/๖๑ เวลา ๐๗:๑๕	ครั้งที่ 2 วันที่ ๖/๖/๖๑ เวลา ๐๘:๓๐	ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....
HCT	๒๑.3	๒๑.7			
WBC	5850	4690			
Lymphocyte	8.4	12.1			
Atypical Lymph	-	-			
Plt	150,000	61,000			

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

day 1 วันที่ 4/๖/๖๑

day 3 วันที่ 7/๖/๖๑

day ๕ วันที่ 11/๖/๖๑

สำเนาถูกต้อง

(นายชุมมัตตาชิต ป็อนิเมะเร)
นักวิชาการสาธารณสุข

Case พ.ค. ๗๐3/๗/๖๖

วัด นพ.ระดมเวช ๗๐๓๓
เขต นพ.ระดมเวช ๗๐๓๓

tel ๐๓ ๗๙๙๑๐๖๐๔ (รวมโทร. มจร)

วปทพ. ๑๙๕๐๗๐๐๐๗๙๓๖๐ ๖๓๖.ก. ๑/๑๒/๒๕๕๖
แบบสอบสวนโรคไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ น.ย. ทรัพย์เนตร ส. สกุล น.ย. เพศ ชาย () หญิง อายุ ๑๗ ปี ๓๖ เดือน
HN ๑๑๒๗๕ AN ๑๕๖/๒ ม. ๖ ศ. นพ. ๐.๓๗ เบอร์โทร ๐๙๖๙๘๙ ๐๖๐๔
อาชีพ พนักงาน เชื้อชาติ ไทย สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา สหกรณ์การเกษตร

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย ๓๐ มิ.ย. ๖๖ วันที่พบการรักษา ๓/๗/๖๖

ครั้งที่ 1	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วยนอก/ใน	การวินิจฉัย
1	๓/๗/๖๖	ม.ทช.	ผู้ป่วยใน	DPK

3. อาการและอาการแสดง

ไข้ ๓๗.๐	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ปวดศีรษะ	(<input checked="" type="checkbox"/>) มี () ไม่มี
ปวดกระบอกตา	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	(<input checked="" type="checkbox"/>) มี () ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ผื่น	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี
เลือดออก	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ตับโต	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี
Tourniquet	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ซีออก BP	() มี (<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี
อื่นๆ	อาการ 2 ครั้ง ไม่มี ต่อมา วันที่ 3/๗/๖๖		

ผลการรักษา () หาย () ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่ () เสียชีวิต วันที่
คลินิก ม.ทช.

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ ๓/๗/๖๖ เวลา ๑๐:๑๖:๒๘	ครั้งที่ 2 วันที่ ๔/๗/๖๖ เวลา ๐๘:๕๒:๔	ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....
HCT	33.2	31.4			
WBC	4900	4060			
Lymphocyte	29.8	24.0			
Atypical Lymph	-				
Plt	1๐๙,๐๐๐	121,๐๐๐			

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

day 1 วันที่ 5/๗/๖๖
day 3 วันที่ 7/๗/๖๖
day ๕ วันที่ 11/๗/๖๖

สำเนาถูกต้อง

(นายภูมิตมอดายีดิ้ง ป็อนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ 10/8/66 () ()
ชื่อ นาม นามสกุล () () ()

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออก (DF/DHE/DSS)

1966 01275 118

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นาม นามสกุล นามสกุล เพศ อายุ เดือน ปี
พ.ศ. 2527 ที่อยู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
อาชีพ เมื่อมาที่ สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย ๗/๘/๖๖ วันที่พบการรักษา 10/8/๖๖

ครั้งที่	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้พิจารณา/ใบ	ประวัติโดยย่อ
	๗/๘/๖๖	รพ. ทวาย	รพ.	รพ. ๒๕

3. อาการและอาการแสดง

ไข้ ๓๙.๕	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ผื่น	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
เลือดออก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ตับโต	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
Tourniquet	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ซีจอก SP	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ	หูดขึ้น 1๖ สิวแดง ตาแดง ๑ ครั้ง				

ผลการรักษา () หาย () ย้ำรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่ () เสียชีวิต วันที่

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ 10/8/๖๖ เวลา	ครั้งที่ 2 วันที่	ครั้งที่ 3 วันที่	ครั้งที่ 4 วันที่	ครั้งที่ 5 วันที่
HCT	37.4				
WBC	4,900				
Lymphocyte	9.๖				
Atypical Lymph	-				
Plt	1,94,000				

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

เมื่อวันที่ ๗/๘/๖๖

สำเนาถูกต้อง

นายอนุชมนต์อายุสัง ปอนนิระชะ
นักวิชาการสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๑ 3/8/๖๖ day 1 บัตรรายงานผู้ป่วย

๒๗/8/๖๖ day 7 แบบ รจ. 506

ฝ่ายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0-2590-1787 , 0-2590-1785

เลขที่ 0 ของ สสจ.
เลขที่ 1 ของ สสจ.
เลขที่ 0 ของ รพ./สอ.
เลขที่ 1 ของ รพ./สอ.

โรค

<input type="checkbox"/> อหิวาตกโรค 01	<input type="checkbox"/> ไข้อีดำ 24	<input type="checkbox"/> พิษสุนัขบ้า 42
<input type="checkbox"/> อหิวาตกโรค 02	<input type="checkbox"/> บาดทะยัก 25	<input type="checkbox"/> Leptospirosis 43
<input type="checkbox"/> อหิวาตกโรค 03	<input type="checkbox"/> บาดทะยัก ในทารกแรกเกิด 53	<input type="checkbox"/> สดรับไทยฟัส 44
<input type="checkbox"/> ริด Dysentery, unspecified 04	<input type="checkbox"/> ไข้เด็งกี (Dengue fever) 66	<input type="checkbox"/> แอนแทรกซ์ 45
<input type="checkbox"/> Bacillary (Shigellosis) 05	<input type="checkbox"/> ไข้เลือดออก (DHF) 26	<input type="checkbox"/> ทริคิโนซิส 46
<input type="checkbox"/> Amoebic 06	<input type="checkbox"/> ไข้เลือดออกชนิด (DSS) 27	โรคจากการประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> Enteric fever 07	<input type="checkbox"/> ไข้สมองอักเสบ (Encephalitis, unspecified) 28	<input type="checkbox"/> ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ระบุ).....47
<input type="checkbox"/> Typhoid 08	<input type="checkbox"/> Japanese encephalitis 29	<input type="checkbox"/> พิษจากโลหะหนัก (ระบุ).....48-49
<input type="checkbox"/> Paratyphoid 09	<input checked="" type="checkbox"/> มาลาเรีย <input checked="" type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> MIXED 30	<input type="checkbox"/> พิษจากสารตัวทำลาย (ระบุ).....50
ตับอักเสบ (Hepatitis, unspecified) 10	<input type="checkbox"/> โรคปอดบวม (Pneumonia) 31	<input type="checkbox"/> พิษจากแก๊สสารไดอะเทซ (ระบุ).....51
<input type="checkbox"/> A 11 <input type="checkbox"/> D 69	<input type="checkbox"/> วัณโรคปอด (ที่ตรวจพบเชื้อ) 32	<input type="checkbox"/> โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (ระบุ).....64
<input type="checkbox"/> B 12 <input type="checkbox"/> E 70	<input type="checkbox"/> เยื่อหุ้มสมอง (TB meningitis) 33	<input type="checkbox"/> โรคจากปัจจัยทางกายภาพ (ระบุ).....67
<input type="checkbox"/> C 13	<input type="checkbox"/> ระบบอื่นๆ 34	<input type="checkbox"/> การทรมาน 52
<input type="checkbox"/> โรคตาแดง (haemorrhagic conjunctivitis) 14	<input type="checkbox"/> โรคเรื้อรัง 35	<input type="checkbox"/> อาการภายหลังได้รับวัคซีน(AEFI) (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่ 15	<input type="checkbox"/> อุทกโรคระยะคลื่นส่อ 36	<input type="checkbox"/> Hand Foot Mouth disease(HFM) 71
<input type="checkbox"/> ไข้เยื่อหุ้มสมอง 16	<input type="checkbox"/> การมีโรค	<input type="checkbox"/> Melioidosis 72
<input type="checkbox"/> สุกใส 17	<input type="checkbox"/> ชิฟิลิส (ระบุ) ระยะ..... 37	<input type="checkbox"/> โรคอื่น ๆ (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ 18	<input type="checkbox"/> หนองใน 38	
<input type="checkbox"/> ไข้กาฬหลังแอ่น 19	<input type="checkbox"/> หนองในเทียม 39	
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออักเสบจากอวัยวะเบี่ยงเบนเฉียบพลัน(AFP) 65	<input type="checkbox"/> แผลริมอ่อน 40	
<input type="checkbox"/> โปลิโอมัยเอไลติส 20	<input type="checkbox"/> มีมะเร็ง 41	
<input type="checkbox"/> หัด 21	<input type="checkbox"/> เริ่มที่อวัยวะเพศ 79	
<input type="checkbox"/> หัดที่มีโรคแทรก (ระบุ)..... 22	<input type="checkbox"/> หูดอวัยวะเพศ และทวารหนัก 80	
<input type="checkbox"/> ไข้คอตีบ 23	<input type="checkbox"/> โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ(ระบุ)....81	

ชื่อผู้ป่วย... ภรรยาวิท มณฑล H.N. 0428737 Tel 065-9145279

ชื่อบิดา - มารดาหรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี)..... อาชีพของบิดา-มารดา.....

เพศ	อายุ	ภาวะสมรส	สัญชาติ	งานที่ทำ
<input checked="" type="checkbox"/> ชาย	ปี..... <u>69</u>	<input checked="" type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คนไทย	<u>ทำสวน</u>
<input checked="" type="checkbox"/> หญิง	เดือน.....	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> คนต่างชาติ ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	วันที่.....(□□)	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	ระบุสัญชาติ.....	

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ทำสวน

บ้านเลขที่/ถนน ๑๐๓/๑ (ม.๑๐๓/๑) หมู่ที่ ๕ ตำบล ม.๑๐ อำเภอ กบ จังหวัด ๗/๖๖

สถานที่ใกล้เคียง (□□□) (□□) ในเขตเทศบาล อบต.

วันที่เริ่มป่วย	วันพบผู้ป่วย	สถานที่รักษา		ประเภทผู้ป่วย
วันที่..... <u>15</u> (□□)	วันที่..... <u>17</u> (□□)	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.ศูนย์	<input checked="" type="checkbox"/> คลินิกของราชการ	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก
เดือน..... <u>๘</u> (□□)	เดือน..... <u>๘</u> (□□)	<input type="checkbox"/> รพ.ทั่วไป	<input type="checkbox"/> สอ.	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน
พ.ศ..... <u>๖๖</u> (□□)	พ.ศ..... <u>๖๖</u> (□□)	<input type="checkbox"/> รพ.ชุมชน	<input type="checkbox"/> รพ.ราชการใน กทม.	
สภาพผู้ป่วย	วันที่ตาย	ชื่อผู้รายงาน	สถานที่ที่พามา	วันที่เขียนรายงาน
<input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ วันที่.....(□□)	วันที่.....(□□)	<u>ภรรยาวิท มณฑล</u>	<u>มณฑล</u>	<u>๒๕๖๖</u>
<input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ เดือน.....(□□)	เดือน.....(□□)			
<input checked="" type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ พ.ศ.....(□□)	พ.ศ.....(□□)			
วันที่รับรายงานของ สสจ. (□□□□□□)	วันที่รับรายงานของ สสจ. (□□□□□□)	วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา (□□□□□□)	วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา (□□□□□□)	

ให้ทำเครื่องหมาย x ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน ยกเว้นใน

*นิยาม ต่างชาติประเภท 2 คือ ชาวต่างชาติหรือนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามารักษาในประเทศไทย เมื่อหายแล้วกลับประเทศของตน

* ภรรยาวิท มณฑล ๗๗ ๕.๖, ต. มณฑล ๑๐๓/๑, อ. กบ, จ. ๗/๖๖

ทำสวน

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9506 00443 87 2

ชื่อ นามสกุล นาง รอกีเยาะ นิมะ
 Name Mrs. Rokeeyoh
 Last name Nima

เกิดวันที่ 25 ก.ค. 2508
 Date of Birth 25 Jul. 1965

ศาสนา อิสลาม

ถือที่ 20 หมู่ที่ 5 ต.บารจ อ.กาบัง
 จ.ยะลา
 15 ต.ค. 2562
 วันออกบัตร
 14 Oct. 2019
 Date of Issue

24 ต.ค. 2571
 วันหมดอายุ
 24 Jul. 2028
 Date of Expiry

9501-06-10181311

สำเนาถูกต้อง

[Signature]

นางรอกีเยาะ นิมะ

สำเนาถูกต้อง

[Signature]

(นายมูมมคอาฮิง บือนิมะเร๊ะ)
 นักวิชาการสาธารณสุข

แบบลงทะเบียนผู้เข้าร่วม

กิจกรรมร่วมกันทางหมู่บ้านบริเวณลำธาร ม.7 บ้านคลองปุด

โครงการ "ร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง ประจำปีงบประมาณ 2566 "

วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ณ หมู่ที่ 7 บ้านคลองปุด ๑๕๓ ๖ = 31

ลำดับ	ชื่อ - สกุล		ที่อยู่	ลายเซ็น
				เวลา 09.00-12.00 น.
1	นาง หิรอนี	หิรอนี	78/3 ม.7 ต.ปาด	หิรอนี ✓
2	น.ส กุมาวดี	กัณฐิ	194 ม.7 ก. ปาด	กุมาวดี ✓
3	นาย อานอ	อานอ	124/3 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
4	นาย กอเดร์	กอเดร์	134 ม.7 ต.ปาด	กอเดร์ ✓
5	นาง อัญชลิน	อัญชลิน	138/1 ม.7 ต.ปาด	อัญชลิน ✓
6	น.ส. อานอ	อานอ	134 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
7	นาย ช่าง	ช่าง	134/6 ม.7 ต.ปาด	ช่าง ✓
8	นาย อานอ	อานอ	110/3 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
9	นาย อานอ	อานอ	14/3 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
10	นาย อานอ	อานอ	171/2 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
11	นาย อานอ	อานอ	58 ม.8 ต.ปาด	อานอ ✓
12	นาย อานอ	อานอ	58 ม.8 ต.ปาด	อานอ ✓
13	น.ส. อานอ	อานอ	98/9 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
14	นาย อานอ	อานอ	125 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
15	น.ส. อานอ	อานอ	175/1 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
16	นาย อานอ	อานอ	110/3 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
17	นาย อานอ	อานอ	306 ม.2 ต.ปาด	อานอ ✓
18	นาย อานอ	อานอ	182/1 ม.1 ต.ปาด	อานอ ✓
19	นาย อานอ	อานอ	134/6 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
20	น.ส. อานอ	อานอ	134 / 27 ต.ปาด	อานอ ✓
21	นาย อานอ	อานอ	139 ม.1 ต.ปาด	อานอ ✓
22	นาย อานอ	อานอ	194 / 3 ม.7 ต.ปาด	อานอ ✓
23	นาย อานอ	อานอ	131 ม.2 ต.ปาด	อานอ ✓
24	น.ส. อานอ	อานอ	19 ม.8 ต.ปาด	อานอ ✓
25	น.ส. อานอ	อานอ	16/1 ม.8 ต.ปาด	อานอ ✓



แบบติดตามกิจกรรมพ่นหมอกควัน

โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปีงบประมาณ 2566

กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน

วันเดือนปี	สถานที่	ลงชื่อผู้ออกพ่นหมอกควัน
24/6/2566	โรงเรียนบ้านคลองน้ำใส	กตัญญู ✓
	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านจุฬารณที่ 11	ส.๕๕๑ ✓
		ส.๕๕๑ ✓
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓
4/7/2566(day1)	93/3 ม.2 บ้านตาโง	กตัญญู ✓
	312 ม.2 บ้านตาโง	ส.๕๕๑
	(ใช้เลือดออก)	ส.๕๕๑
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓
5/7/2566(day1)	156/3 ม.7 บ้านคลองปุด	กตัญญู ✓
	ฐานปฏิบัติการ 4401 ม.7 บ้านคลองปุด	ส.๕๕๑
	(ใช้เลือดออก)	ส.๕๕๑
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓
6/7/2566(day3)	93/3 ม.2 บ้านตาโง	กตัญญู ✓
	312 ม.2 บ้านตาโง	ส.๕๕๑
	(ใช้เลือดออก)	ส.๕๕๑
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓
7/7/2566(day3)	156/3 ม.7 บ้านคลองปุด	กตัญญู ✓
	ฐานปฏิบัติการ 4401 ม.7 บ้านคลองปุด	ส.๕๕๑
	(ใช้เลือดออก)	ส.๕๕๑
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓
10/7/2566(day7)	93/3 ม.2 บ้านตาโง	กตัญญู ✓
	312 ม.2 บ้านตาโง	ส.๕๕๑
	(ใช้เลือดออก)	ส.๕๕๑
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓
11/7/2566(day7)	156/3 ม.7 บ้านคลองปุด	กตัญญู ✓
	ฐานปฏิบัติการ 4401 ม.7 บ้านคลองปุด	ส.๕๕๑
	(ใช้เลือดออก)	ส.๕๕๑
		๑) ชาร์ตเชอร์ ✓

สำเนาถูกต้อง

นายม่อมมอวยดิ้ง บोनินะเวะ
นักวิชาการสาธารณสุข

แบบติดตามกิจกรรมพ่นหมอกควัน

โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปีงบประมาณ 2566

กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน

วันเดือนปี	สถานที่	ลงชื่อผู้ออกพ่นหมอกควัน
11/8/2566	62 ม.8 บ้านคลองชิง	กตัญญู
	(สงสัยไข่เลือดออก)	วิไล
		อำพันธ์
		(๕) ช่างเอก
23/8/2566(day1)	203/1 ม.8 บ้านคลองชิง	กตัญญู
	(ไข่มาลาเรีย)	วิไล
		อำพันธ์
		(๗) ช่างเอก
29/8/2566(day7)	203/1 ม.8 บ้านคลองชิง	กตัญญู
	(ไข่มาลาเรีย)	วิไล
		อำพันธ์
		(๖) ช่างเอก

4 ตบ x 8 ไร่

รถโรตารี = 2000
1

สำเนาถูกต้อง



(นายสมชาย อายัดิง ปอนิมะระ)
นักวิชาการสาธารณสุข


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 19 ส.ค. 2566 พ.ศ. 2562.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวยารีเย้า ตาเซ.....เลขประจำตัวประชาชน.....1 9501 00134 42 4....
อยู่บ้านเลขที่...11...หมู่ที่...11..... ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 1 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 24 มิถุนายน 2566)	200.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชัญญี สมะแะ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 200.00

สำเนาถูกต้อง



(นายชุมมัตอายิต ปอนนิระ๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..... ยารีเย้า.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวยารีเย้า ตาเซ.....)

(ลงชื่อ)..... .....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชัญญี สมะแะ)


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....19ส.ค. 2566 พ.ศ.....2562.....


ข้าพเจ้า.....นางสาวยารีเยาะ ตาเซะ.....เลขประจำตัวประชาชน.....1 9501 00134 42 4....
อยู่บ้านเลขที่.....11...หมู่ที่.....11..... ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 6 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ <u>4,5,6,7,10,11</u> กรกฎาคม 2566)	1,200.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชยณี สมะแอ) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,200.00

(ลงชื่อ).....ยารีเยาะ.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวยารีเยาะ ตาเซะ.....)

สำเนาถูกต้อง



(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชยณี สมะแอ)

นายอุ้มมดอวยัง ป่อนิระเร๊ะ
นักวิชาการสาธารณสุข

ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
วันที่ **19** ส.ค. 2566
เดือน.....ปี.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวยารีเย๊ะ ตาเซะ.....เลขประจำตัวประชาชน.....1 9501 00134 42 4....
อยู่บ้านเลขที่....11...หมู่ที่.....11..... ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 3 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 11,23,29 สิงหาคม 2566)	600.00
จ่ายเงินแล้ว <i>of</i> (นางสาวชัยนี สมะแอ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินทร้อยละบาทถ้วน	รวมเงิน 600.00

สำเนาถูกต้อง

Luc

(นายอัมมัตอาซิด บอนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ).....*อาวัเฆาะ*.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวยารีเย๊ะ ตาเซะ.....)

(ลงชื่อ).....*of*.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชัยนี สมะแอ)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9501 00134 42 4

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ยาริเยา ตาเซะ
 Name Miss Yareeyoh
 Last name Taseh
 เกิดวันที่ 21 ธ.ค. 2532
 Date of Birth 21 Dec. 1989

ชื่อ 11 หมู่ 11 ตำบล
 อ.บาง จ.ยะลา
 10 ธ.ค. 2566
 วันที่ออกบัตร 10-Dec-2015
 (นายคุณวุฒิ บุญทวี)
 เจ้าพนักงานทะเบียนบัตร

20 ธ.ค. 2568
 วันที่หมดอายุ 20-Dec-2023
 9507-04-08101352



คำนำหน้าชื่อ
 ยาริเยา
 น.ส. ยาริเยา ตาเซะ

สำเนาถูกต้อง

Luc

(นายคุณวุฒิ บุญทวี บ่อนิยะเร๊ะ)
 วิชาการสาธารณสุข

ที่บค...../ 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....1 เดือน ส.ค. 2566 พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวกอริยะ มีอูดำ.....เลขประจำตัวประชาชน.....3 9409 00029 89 3...
อยู่บ้านเลขที่...24...หมู่ที่.....8..... ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 1 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 24 มิถุนายน 2566)	200.00
จ่ายเงินแล้ว <i>okt</i> (นางสาวชัยนี สมะแอ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 200.00

(ลงชื่อ).....*กอริยะ*.....ผู้รับเงิน

(.....นางสาวกอริยะ มีอูดำ.....)

สำเนาถูกต้อง

Juc

(ลงชื่อ).....*okt*.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวชัยนี สมะแอ)

นายมูมมดอัยดี บือมีมะเร๊ะ
นักวิชาการสาธารณสุข

ที่บค...../ 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
วันที่ 19 ส.ค. 2566
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวกอริยะ มีอูดำ....เลขประจำตัวประชาชน.....3 9409 00029 89 3....
อยู่บ้านเลขที่...24...หมู่ที่.....8..... ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 4,5,6,7,10,11 กรกฎาคม 2566)	1,200.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,200.00

สำเนาถูกต้อง

(นายอนุมตอ ยี่ดิง บ่อนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..... กอริยะ.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวกอริยะ มีอูดำ.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชัยนี สมะแอ)


ที่บค...../ 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่..... 1 ตุลาคม 2566 พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวกอริยะ มีอูดำ....เลขประจำตัวประชาชน.....3 9409 00029 89 3....
อยู่บ้านเลขที่.....24...หมู่ที่.....8..... ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 3 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 11,23,29 สิงหาคม 2566)	600.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชยันี สมะมะแอ) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินหกร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 600.00

(ลงชื่อ)..... กอริยะ.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวกอริยะ มีอูดำ.....)

สำเนาถูกต้อง



(นายมูฮัมหมัดอายิดิง บ็อนิเมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..... .....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชยันี สมะมะแอ)



สำเนาจากห้อง

กอริเยะ

น.ส. กอริเยะ มีอูดำ

สำเนาถูกต้อง

Luc

(นายอนุวัฒน์ อายัดิง บิอนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....19.....ส.ค. 2566 พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....นายมะแอ มาหิและ.....เลขประจำตัวประชาชน.....3 9410 00117 33 9....
อยู่บ้านเลขที่.....110/3...หมู่ที่.....7..... ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้


รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 1 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 24 มิถุนายน 2566)	200.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชัยนี สมะแอ) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 200.00

สำเนาถูกต้อง



(นายมุขมัตอาฮิดีง บือโมะเหะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ).....มะแอ.....ผู้รับเงิน
(.....นายมะแอ มาหิและ.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชัยนี สมะแอ)


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....16 ส.ค. 2566.....พ.ศ.....2562.....


ข้าพเจ้า.....นายมะแอ มาทิละ.....เลขประจำตัวประชาชน.....3 9410 00117 33 9....
อยู่บ้านเลขที่.....110/3...หมู่ที่.....7..... ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 6 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 4,5,6,7,10,11 กรกฎาคม 2566)	1,200.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชัยนี สมะแอ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,200.00

(ลงชื่อ).....มะแอ.....ผู้รับเงิน

(.....นายมะแอ มาทิละ.....)

สำเนาถูกต้อง



(นายชุมชมคชายัตติง บ่อมีมะเระ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวชัยนี สมะแอ)


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบालะ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 19 ส.ค. 2566 พ.ศ.....2562.....


ข้าพเจ้า.....นายมะแอ มาทิละ.....เลขประจำตัวประชาชน.....3 9410 00117 33 9...
อยู่บ้านเลขที่...110/3...หมู่ที่.....7..... ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 3 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 11,23,29 สิงหาคม 2566)	600.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชยันี สมะแอ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินหกร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 600.00

(ลงชื่อ)..... มะแอ.....ผู้รับเงิน
(.....นายมะแอ มาทิละ.....)

สำเนาถูกต้อง



(ลงชื่อ)..... .....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชยันี สมะแอ)

นายอุ่มมดอัยดิ้ง บ็อนมะเ๊ะ
โกวิทการสาธารณสุข



สำเนาสูทบัตร
๒๑๑๐ นายเฉลียว
๐ นายเฉลียว นายเฉลียว

สำเนาถูกต้อง

(นายชุมชมคาลัยดิ้ง บอนิระระ)
นักวิชาการสาธารณสุข


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....1:เดือน.....2566.....พ.ศ.....2563.....

ข้าพเจ้า.....นายฮาซัน บือราเฮง.....เลขประจำตัวประชาชน.....1-9403-00145-22-5.....
อยู่บ้านเลขที่.....306.....หมู่ที่.....2.....ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้


รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 1 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 24 มิถุนายน 2566)	200
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวซัยนี สะมะแอ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินสองร้อยบาทถ้วน รวมเงิน	200

สำเนาถูกต้อง



นายมุฮัมมัดอาฮ์ดีง บือนิมะเร๊ะ
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายฮาซัน บือราเฮง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวซัยนี สะมะแอ)


ที่บค...../2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....ได้อิน ส.ค. 2566.....พ.ศ.....2563.....

ข้าพเจ้า.....นายฮาซัน บือราเฮง.....เลขประจำตัวประชาชน.....1-9403-00145-22-5.....
อยู่บ้านเลขที่.....306.....หมู่ที่.....2.....ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้


รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 6 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 4,5,6,7,10,11 กรกฎาคม 2566)	1,200
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชยันี สมะแอ. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ. 19 ส.ค. 2566)	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,200

สำเนาถูกต้อง



(นายภูมิตมิตอวยิตัง ป็อนนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ).....ฮาซัน.....ผู้รับเงิน
(นายฮาซัน บือราเฮง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชยันี สมะแอ)

ที่บค...../2566


ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส

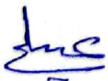
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 19 ส.ค. 2566 เดือน.....ปี.....พ.ศ.....2563.....

ข้าพเจ้า.....นายฮาซัน บือราเฮง.....เลขประจำตัวประชาชน.....1-9403-00145-22-5.....
อยู่บ้านเลขที่.....306.....หมู่ที่.....2.....ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ประจำปี 2566 กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในชุมชน - ค่าตอบแทนพ่นหมอกควัน จำนวน 3 ครั้ง x 200 บาท เป็นเงิน (วันที่ 11,23,29 สิงหาคม 2566)	600.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวชยันี สมะแะเอ) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขตำบลบาระ 19 ส.ค. 2566	
(ตัวอักษร) เงินทร้อยละบาทถ้วน	รวมเงิน 600.00

สำเนาถูกต้อง



(นายสมชาย บือนิระระ)
นักวิชาการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายฮาซัน บือราเฮง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวชยันี สมะแะเอ)



สำเนาถูกต้อง

ฮาซัน

[ฮาซัน ฮาซัน เบอร์เฮง]

สำเนาถูกต้อง

(นายมุฮัมมัดอาฮ์ดี บือนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข

One จาก 50587/66 มหาวิทยาลัย Admit

Tel 0952703340

Tel 1909800 283 153

ว.ป.ก. 2015/2531

แบบสอบสวนโรคไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS)

วันที่ 3 มีนาคม 2558
ภกช. นวรัตน์ รามสูต

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ น.ส. นิตยา สกฤต รัตนพิบูลย์ เพศ ชาย (หญิง) อายุ 35 ปี 1 เดือน
HN 55578 AN ที่อยู่ 88 ม. 8 ต.ทองหล่อ อ.บางเขน จ.นนทบุรี เบอร์โทร 09 92 70 3340
อาชีพ ศึกษานิเทศก์ เชื้อชาติ ไทย สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา โรงเรียนปฏิบัติวิทย์ 16401 อ.บางเขน จ.นนทบุรี

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย 29/6/66 วันที่พบการรักษา 3/7/66

ครั้งที่	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วยนอก/ใน	การวินิจฉัย
1	3/7/66	รพ. นวรัตน์	ผู้ป่วยนอก	DF
2	4/2/66	รพ. นวรัตน์	ผู้ป่วยนอก	DAF

3. อาการและอาการแสดง

ไข้	39.2	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดศีรษะ	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดกระบอกตา		<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก		<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ผื่น	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
เลือดออก		<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ตับโต	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
Tourniquet		<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ซีด BP	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ	ผื่นในแนว 1-2 ครั้ง/วัน					

ผลการรักษา (นหาย) (ยังรักษาอยู่) (ส่งต่อไปรักษาที่.....) (เสียชีวิต) วันที่.....

Admit 4/2/66 รพ. นวรัตน์

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ 3/7/66 เวลา 07:01 น.	ครั้งที่ 2 วันที่ 4/7/66 เวลา 08:30 น.	ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....
HCT	49.3	49.7			
WBC	5850	4690			
Lymphocyte	8.4	12.1			
Atypical Lymph	-	-			
Plt	150,000	61,000			

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

day 1 วันที่ 4/7/66

day 3 วันที่ 7/7/66

day 7 วันที่ 11/7/66

สำเนาถูกต้อง

[Signature]

นายชุมชมมิตอาลัยดิ้ง ป็อนิมะระ
นักวิชาการสาธารณสุข

พฤษภาคม 3/8/66 day 1

บัตรรายงานผู้ป่วย

09/8/66 day 7

แบบ รง. 506

รายงานผู้ป่วยโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 0-2590-1787 , 0-2590-1785

เลขที่ 0 ของ สสอ.
เลขที่ 1 ของ สสอ.
เลขที่ 0 ของ รพ./สอ.
เลขที่ 1 ของ รพ./สอ.

โรค

- อหิวาตกโรค 01
- อหิวาต์ร่วง 02
- อาหารเป็นพิษ 03
- บิด Dysentery, unspecified 04
 - Bacillary (Shigellosis) 05
 - Amoebic 06
- Enteric fever 07
 - Typhoid 08
 - Paratyphoid 09
- ตับอักเสบ (Hepatitis, unspecified) 10
 - A 11 D 69
 - B 12 E 70
 - C 13
- โรคตาแดง (haemorrhagic conjunctivitis) 14
- ไข้หวัดใหญ่ 15
- หัดเยอรมัน 16
- ลูคีโต 17
- ไข้หรือไขไม่ทราบสาเหตุ 18
- ไข้กาฬหลังแอ่น 19
- กล้ามเนื้ออัมพาตก่อนป่วยแบบเฉียบพลัน(AFP) 65
- โปลิโอชนิดเฉียบพลัน 20
- หัด 21
 - หัดที่มีโรคแทรก (ระบุ)..... 22
- ไข้คอตีบ 23

- โภครณ 24
- มาดทะยัก 25
 - มาดทะยัก ในทารกแรกเกิด 53
- ไข้แดงกึ่ง (Dengue fever) 66
- ไข้เลือดออก (DHF) 26
- ไข้เลือดออกชนิด (DSS) 27
- ไข้สมองอักเสบ(Encephalitis,unspecified) 28
 - Japanese encephalitis 29
- มาลาเรีย PV PM PF MIXED 30
- โรคปอดบวม (Pneumonia) 31
- วัณโรคปอด (ที่ตรวจพบเชื้อ) 32
 - เยื่อหุ้มสมอง (TB. meningitis) 33
 - ระบบอื่นๆ 34
- โรคเรื้อรัง 35
- อุทกโรคระยะติดต่อ 36
- กามโรค
 - ซิฟิลิส (ระบุ) ระยะ..... 37
 - หนอนใน 38
 - หนอนในเทียม 39
 - แผลริมอ่อน 40
 - ผีเสื้อแมว 41
 - เริ่มที่อวัยวะเพศ 79
 - ทูดอวัยวะเพศ และทวารหนัก 80
 - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ(ระบุ)... 81

- พิษสุนัขบ้า 42
- Leptospirosis 43
- สดรับโทยฟัส 44
- แอนแทรกซ์ 45
- ทริคิโนซิส 46
- โรคจากการประกอบอาชีพ
 - ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ระบุ)..... 47
 - พิษจากโลหะหนัก (ระบุ)..... 48-49
 - พิษจากสารค้าหาคาย (ระบุ)..... 50
 - พิษจากแก๊สสารไอระเหย (ระบุ)..... 51
 - โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (ระบุ)..... 64
 - โรคจากปัจจัยทางกายภาพ (ระบุ)..... 67
 - คางทูม 52
 - อาหารภายหลังได้รับวัคซีน(AEF1) (ระบุ).....
 - Hand Foot Mouth disease(HFM) 71
 - Melioidosis 72
 - โรคอื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อผู้ป่วย..... ภรรยา พงศ์ทอง H.N. 0A18737 Tel 065-9145279
 ชื่อบิดา - มารดาหรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี)..... อาชีพของบิดา-มารดา.....

เพศ	อายุ	ภาวะสมรส	สัญชาติ	งานที่ทำ
<input checked="" type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง	ปี..... <u>69</u> เดือน..... วันที่.....(□□)	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> คนไทย <input type="checkbox"/> คนต่างชาติ ประเภท □ 1 □ 2 ระบุสัญชาติ.....	<u>พนักงาน</u> (□□)

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย พ.ต.ท. พงศ์ทอง
 บ้านเลขที่/ถนน 203/1 (ม.ค.ส.อ.) หมู่ที่ 8
 ตำบล ม.ค.ส.อ. อำเภอ ท่ง จังหวัด อ.ว.
 สถานที่ใกล้เคียง (□□□) (□□) ในเขตเทศบาล อบต.

วันที่เริ่มป่วย	วันพบผู้ป่วย	สถานที่รักษา	ประเภทผู้ป่วย
วันที่ <u>15</u>(□□) เดือน <u>8</u>(□□) พ.ศ. <u>64</u>(□□)	วันที่ <u>15</u>(□□) เดือน <u>8</u>(□□) พ.ศ. <u>64</u>(□□)	<input checked="" type="checkbox"/> โรงพยาบาลมัตตชายนันท์ <input checked="" type="checkbox"/> ชอิมมิชระ <input checked="" type="checkbox"/> วัณโรคที่ว่าการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> รพ.ชุมชน <input type="checkbox"/> รพ.ราชการใน กทม.	<input checked="" type="checkbox"/> คลินิก รพ.เอกชน <input checked="" type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน
สภาพผู้ป่วย	วันที่ตาย	ชื่อผู้รายงาน	สถานที่ทำงาน
<input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ วันที่.....(□□) <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ เดือน.....(□□) <input checked="" type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ พ.ศ.....(□□)	วันที่.....(□□) เดือน.....(□□) พ.ศ.....(□□)	<u>ภรรยา พงศ์ทอง</u>	<u>พ.ต.ท. พงศ์ทอง</u>
วันที่รับรายงานของ สสอ.(□□□□□□)	วันที่รับรายงานของ สสจ.(□□□□□□)	วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา(□□□□□□)	

ให้ทำเครื่องหมาย x ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน ยกเว้นใน

*นิยาม ต่างชาติประเภท 1 คือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย
 ไม่มีใบต่างด้าว
 ต่างชาติประเภท 2 คือ ชาวต่างชาติหรือนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาศึกษา
 ในประเทศไทย เมื่อหายแล้วกลับประเทศของตน

* มีใบต่างด้าว 49 2.6, ๓.๑, ๓.๒, ๓.๓, ๓.๔, ๓.๕, ๓.๖, ๓.๗, ๓.๘, ๓.๙, ๔.๐, ๔.๑, ๔.๒, ๔.๓, ๔.๔, ๔.๕, ๔.๖, ๔.๗, ๔.๘, ๔.๙, ๕.๐, ๕.๑, ๕.๒, ๕.๓, ๕.๔, ๕.๕, ๕.๖, ๕.๗, ๕.๘, ๕.๙, ๖.๐, ๖.๑, ๖.๒, ๖.๓, ๖.๔, ๖.๕, ๖.๖, ๖.๗, ๖.๘, ๖.๙, ๗.๐, ๗.๑, ๗.๒, ๗.๓, ๗.๔, ๗.๕, ๗.๖, ๗.๗, ๗.๘, ๗.๙, ๘.๐, ๘.๑, ๘.๒, ๘.๓, ๘.๔, ๘.๕, ๘.๖, ๘.๗, ๘.๘, ๘.๙, ๙.๐, ๙.๑, ๙.๒, ๙.๓, ๙.๔, ๙.๕, ๙.๖, ๙.๗, ๙.๘, ๙.๙, ๑๐.๐, ๑๐.๑, ๑๐.๒, ๑๐.๓, ๑๐.๔, ๑๐.๕, ๑๐.๖, ๑๐.๗, ๑๐.๘, ๑๐.๙, ๑๑.๐, ๑๑.๑, ๑๑.๒, ๑๑.๓, ๑๑.๔, ๑๑.๕, ๑๑.๖, ๑๑.๗, ๑๑.๘, ๑๑.๙, ๑๒.๐, ๑๒.๑, ๑๒.๒, ๑๒.๓, ๑๒.๔, ๑๒.๕, ๑๒.๖, ๑๒.๗, ๑๒.๘, ๑๒.๙, ๑๓.๐, ๑๓.๑, ๑๓.๒, ๑๓.๓, ๑๓.๔, ๑๓.๕, ๑๓.๖, ๑๓.๗, ๑๓.๘, ๑๓.๙, ๑๔.๐, ๑๔.๑, ๑๔.๒, ๑๔.๓, ๑๔.๔, ๑๔.๕, ๑๔.๖, ๑๔.๗, ๑๔.๘, ๑๔.๙, ๑๕.๐, ๑๕.๑, ๑๕.๒, ๑๕.๓, ๑๕.๔, ๑๕.๕, ๑๕.๖, ๑๕.๗, ๑๕.๘, ๑๕.๙, ๑๖.๐, ๑๖.๑, ๑๖.๒, ๑๖.๓, ๑๖.๔, ๑๖.๕, ๑๖.๖, ๑๖.๗, ๑๖.๘, ๑๖.๙, ๑๗.๐, ๑๗.๑, ๑๗.๒, ๑๗.๓, ๑๗.๔, ๑๗.๕, ๑๗.๖, ๑๗.๗, ๑๗.๘, ๑๗.๙, ๑๘.๐, ๑๘.๑, ๑๘.๒, ๑๘.๓, ๑๘.๔, ๑๘.๕, ๑๘.๖, ๑๘.๗, ๑๘.๘, ๑๘.๙, ๑๙.๐, ๑๙.๑, ๑๙.๒, ๑๙.๓, ๑๙.๔, ๑๙.๕, ๑๙.๖, ๑๙.๗, ๑๙.๘, ๑๙.๙, ๒๐.๐, ๒๐.๑, ๒๐.๒, ๒๐.๓, ๒๐.๔, ๒๐.๕, ๒๐.๖, ๒๐.๗, ๒๐.๘, ๒๐.๙, ๒๑.๐, ๒๑.๑, ๒๑.๒, ๒๑.๓, ๒๑.๔, ๒๑.๕, ๒๑.๖, ๒๑.๗, ๒๑.๘, ๒๑.๙, ๒๒.๐, ๒๒.๑, ๒๒.๒, ๒๒.๓, ๒๒.๔, ๒๒.๕, ๒๒.๖, ๒๒.๗, ๒๒.๘, ๒๒.๙, ๒๓.๐, ๒๓.๑, ๒๓.๒, ๒๓.๓, ๒๓.๔, ๒๓.๕, ๒๓.๖, ๒๓.๗, ๒๓.๘, ๒๓.๙, ๒๔.๐, ๒๔.๑, ๒๔.๒, ๒๔.๓, ๒๔.๔, ๒๔.๕, ๒๔.๖, ๒๔.๗, ๒๔.๘, ๒๔.๙, ๒๕.๐, ๒๕.๑, ๒๕.๒, ๒๕.๓, ๒๕.๔, ๒๕.๕, ๒๕.๖, ๒๕.๗, ๒๕.๘, ๒๕.๙, ๒๖.๐, ๒๖.๑, ๒๖.๒, ๒๖.๓, ๒๖.๔, ๒๖.๕, ๒๖.๖, ๒๖.๗, ๒๖.๘, ๒๖.๙, ๒๗.๐, ๒๗.๑, ๒๗.๒, ๒๗.๓, ๒๗.๔, ๒๗.๕, ๒๗.๖, ๒๗.๗, ๒๗.๘, ๒๗.๙, ๒๘.๐, ๒๘.๑, ๒๘.๒, ๒๘.๓, ๒๘.๔, ๒๘.๕, ๒๘.๖, ๒๘.๗, ๒๘.๘, ๒๘.๙, ๒๙.๐, ๒๙.๑, ๒๙.๒, ๒๙.๓, ๒๙.๔, ๒๙.๕, ๒๙.๖, ๒๙.๗, ๒๙.๘, ๒๙.๙, ๓๐.๐, ๓๐.๑, ๓๐.๒, ๓๐.๓, ๓๐.๔, ๓๐.๕, ๓๐.๖, ๓๐.๗, ๓๐.๘, ๓๐.๙, ๓๑.๐, ๓๑.๑, ๓๑.๒, ๓๑.๓, ๓๑.๔, ๓๑.๕, ๓๑.๖, ๓๑.๗, ๓๑.๘, ๓๑.๙, ๓๒.๐, ๓๒.๑, ๓๒.๒, ๓๒.๓, ๓๒.๔, ๓๒.๕, ๓๒.๖, ๓๒.๗, ๓๒.๘, ๓๒.๙, ๓๓.๐, ๓๓.๑, ๓๓.๒, ๓๓.๓, ๓๓.๔, ๓๓.๕, ๓๓.๖, ๓๓.๗, ๓๓.๘, ๓๓.๙, ๓๔.๐, ๓๔.๑, ๓๔.๒, ๓๔.๓, ๓๔.๔, ๓๔.๕, ๓๔.๖, ๓๔.๗, ๓๔.๘, ๓๔.๙, ๓๕.๐, ๓๕.๑, ๓๕.๒, ๓๕.๓, ๓๕.๔, ๓๕.๕, ๓๕.๖, ๓๕.๗, ๓๕.๘, ๓๕.๙, ๓๖.๐, ๓๖.๑, ๓๖.๒, ๓๖.๓, ๓๖.๔, ๓๖.๕, ๓๖.๖, ๓๖.๗, ๓๖.๘, ๓๖.๙, ๓๗.๐, ๓๗.๑, ๓๗.๒, ๓๗.๓, ๓๗.๔, ๓๗.๕, ๓๗.๖, ๓๗.๗, ๓๗.๘, ๓๗.๙, ๓๘.๐, ๓๘.๑, ๓๘.๒, ๓๘.๓, ๓๘.๔, ๓๘.๕, ๓๘.๖, ๓๘.๗, ๓๘.๘, ๓๘.๙, ๓๙.๐, ๓๙.๑, ๓๙.๒, ๓๙.๓, ๓๙.๔, ๓๙.๕, ๓๙.๖, ๓๙.๗, ๓๙.๘, ๓๙.๙, ๔๐.๐, ๔๐.๑, ๔๐.๒, ๔๐.๓, ๔๐.๔, ๔๐.๕, ๔๐.๖, ๔๐.๗, ๔๐.๘, ๔๐.๙, ๔๑.๐, ๔๑.๑, ๔๑.๒, ๔๑.๓, ๔๑.๔, ๔๑.๕, ๔๑.๖, ๔๑.๗, ๔๑.๘, ๔๑.๙, ๔๒.๐, ๔๒.๑, ๔๒.๒, ๔๒.๓, ๔๒.๔, ๔๒.๕, ๔๒.๖, ๔๒.๗, ๔๒.๘, ๔๒.๙, ๔๓.๐, ๔๓.๑, ๔๓.๒, ๔๓.๓, ๔๓.๔, ๔๓.๕, ๔๓.๖, ๔๓.๗, ๔๓.๘, ๔๓.๙, ๔๔.๐, ๔๔.๑, ๔๔.๒, ๔๔.๓, ๔๔.๔, ๔๔.๕, ๔๔.๖, ๔๔.๗, ๔๔.๘, ๔๔.๙, ๔๕.๐, ๔๕.๑, ๔๕.๒, ๔๕.๓, ๔๕.๔, ๔๕.๕, ๔๕.๖, ๔๕.๗, ๔๕.๘, ๔๕.๙, ๔๖.๐, ๔๖.๑, ๔๖.๒, ๔๖.๓, ๔๖.๔, ๔๖.๕, ๔๖.๖, ๔๖.๗, ๔๖.๘, ๔๖.๙, ๔๗.๐, ๔๗.๑, ๔๗.๒, ๔๗.๓, ๔๗.๔, ๔๗.๕, ๔๗.๖, ๔๗.๗, ๔๗.๘, ๔๗.๙, ๔๘.๐, ๔๘.๑, ๔๘.๒, ๔๘.๓, ๔๘.๔, ๔๘.๕, ๔๘.๖, ๔๘.๗, ๔๘.๘, ๔๘.๙, ๔๙.๐, ๔๙.๑, ๔๙.๒, ๔๙.๓, ๔๙.๔, ๔๙.๕, ๔๙.๖, ๔๙.๗, ๔๙.๘, ๔๙.๙, ๕๐.๐, ๕๐.๑, ๕๐.๒, ๕๐.๓, ๕๐.๔, ๕๐.๕, ๕๐.๖, ๕๐.๗, ๕๐.๘, ๕๐.๙, ๕๑.๐, ๕๑.๑, ๕๑.๒, ๕๑.๓, ๕๑.๔, ๕๑.๕, ๕๑.๖, ๕๑.๗, ๕๑.๘, ๕๑.๙, ๕๒.๐, ๕๒.๑, ๕๒.๒, ๕๒.๓, ๕๒.๔, ๕๒.๕, ๕๒.๖, ๕๒.๗, ๕๒.๘, ๕๒.๙, ๕๓.๐, ๕๓.๑, ๕๓.๒, ๕๓.๓, ๕๓.๔, ๕๓.๕, ๕๓.๖, ๕๓.๗, ๕๓.๘, ๕๓.๙, ๕๔.๐, ๕๔.๑, ๕๔.๒, ๕๔.๓, ๕๔.๔, ๕๔.๕, ๕๔.๖, ๕๔.๗, ๕๔.๘, ๕๔.๙, ๕๕.๐, ๕๕.๑, ๕๕.๒, ๕๕.๓, ๕๕.๔, ๕๕.๕, ๕๕.๖, ๕๕.๗, ๕๕.๘, ๕๕.๙, ๕๖.๐, ๕๖.๑, ๕๖.๒, ๕๖.๓, ๕๖.๔, ๕๖.๕, ๕๖.๖, ๕๖.๗, ๕๖.๘, ๕๖.๙, ๕๗.๐, ๕๗.๑, ๕๗.๒, ๕๗.๓, ๕๗.๔, ๕๗.๕, ๕๗.๖, ๕๗.๗, ๕๗.๘, ๕๗.๙, ๕๘.๐, ๕๘.๑, ๕๘.๒, ๕๘.๓, ๕๘.๔, ๕๘.๕, ๕๘.๖, ๕๘.๗, ๕๘.๘, ๕๘.๙, ๕๙.๐, ๕๙.๑, ๕๙.๒, ๕๙.๓, ๕๙.๔, ๕๙.๕, ๕๙.๖, ๕๙.๗, ๕๙.๘, ๕๙.๙, ๖๐.๐, ๖๐.๑, ๖๐.๒, ๖๐.๓, ๖๐.๔, ๖๐.๕, ๖๐.๖, ๖๐.๗, ๖๐.๘, ๖๐.๙, ๖๑.๐, ๖๑.๑, ๖๑.๒, ๖๑.๓, ๖๑.๔, ๖๑.๕, ๖๑.๖, ๖๑.๗, ๖๑.๘, ๖๑.๙, ๖๒.๐, ๖๒.๑, ๖๒.๒, ๖๒.๓, ๖๒.๔, ๖๒.๕, ๖๒.๖, ๖๒.๗, ๖๒.๘, ๖๒.๙, ๖๓.๐, ๖๓.๑, ๖๓.๒, ๖๓.๓, ๖๓.๔, ๖๓.๕, ๖๓.๖, ๖๓.๗, ๖๓.๘, ๖๓.๙, ๖๔.๐, ๖๔.๑, ๖๔.๒, ๖๔.๓, ๖๔.๔, ๖๔.๕, ๖๔.๖, ๖๔.๗, ๖๔.๘, ๖๔.๙, ๖๕.๐, ๖๕.๑, ๖๕.๒, ๖๕.๓, ๖๕.๔, ๖๕.๕, ๖๕.๖, ๖๕.๗, ๖๕.๘, ๖๕.๙, ๖๖.๐, ๖๖.๑, ๖๖.๒, ๖๖.๓, ๖๖.๔, ๖๖.๕, ๖๖.๖, ๖๖.๗, ๖๖.๘, ๖๖.๙, ๖๗.๐, ๖๗.๑, ๖๗.๒, ๖๗.๓, ๖๗.๔, ๖๗.๕, ๖๗.๖, ๖๗.๗, ๖๗.๘, ๖๗.๙, ๖๘.๐, ๖๘.๑, ๖๘.๒, ๖๘.๓, ๖๘.๔, ๖๘.๕, ๖๘.๖, ๖๘.๗, ๖๘.๘, ๖๘.๙, ๖๙.๐, ๖๙.๑, ๖๙.๒, ๖๙.๓, ๖๙.๔, ๖๙.๕, ๖๙.๖, ๖๙.๗, ๖๙.๘, ๖๙.๙, ๗๐.๐, ๗๐.๑, ๗๐.๒, ๗๐.๓, ๗๐.๔, ๗๐.๕, ๗๐.๖, ๗๐.๗, ๗๐.๘, ๗๐.๙, ๗๑.๐, ๗๑.๑, ๗๑.๒, ๗๑.๓, ๗๑.๔, ๗๑.๕, ๗๑.๖, ๗๑.๗, ๗๑.๘, ๗๑.๙, ๗๒.๐, ๗๒.๑, ๗๒.๒, ๗๒.๓, ๗๒.๔, ๗๒.๕, ๗๒.๖, ๗๒.๗, ๗๒.๘, ๗๒.๙, ๗๓.๐, ๗๓.๑, ๗๓.๒, ๗๓.๓, ๗๓.๔, ๗๓.๕, ๗๓.๖, ๗๓.๗, ๗๓.๘, ๗๓.๙, ๗๔.๐, ๗๔.๑, ๗๔.๒, ๗๔.๓, ๗๔.๔, ๗๔.๕, ๗๔.๖, ๗๔.๗, ๗๔.๘, ๗๔.๙, ๗๕.๐, ๗๕.๑, ๗๕.๒, ๗๕.๓, ๗๕.๔, ๗๕.๕, ๗๕.๖, ๗๕.๗, ๗๕.๘, ๗๕.๙, ๗๖.๐, ๗๖.๑, ๗๖.๒, ๗๖.๓, ๗๖.๔, ๗๖.๕, ๗๖.๖, ๗๖.๗, ๗๖.๘, ๗๖.๙, ๗๗.๐, ๗๗.๑, ๗๗.๒, ๗๗.๓, ๗๗.๔, ๗๗.๕, ๗๗.๖, ๗๗.๗, ๗๗.๘, ๗๗.๙, ๗๘.๐, ๗๘.๑, ๗๘.๒, ๗๘.๓, ๗๘.๔, ๗๘.๕, ๗๘.๖, ๗๘.๗, ๗๘.๘, ๗๘.๙, ๗๙.๐, ๗๙.๑, ๗๙.๒, ๗๙.๓, ๗๙.๔, ๗๙.๕, ๗๙.๖, ๗๙.๗, ๗๙.๘, ๗๙.๙, ๘๐.๐, ๘๐.๑, ๘๐.๒, ๘๐.๓, ๘๐.๔, ๘๐.๕, ๘๐.๖, ๘๐.๗, ๘๐.๘, ๘๐.๙, ๘๑.๐, ๘๑.๑, ๘๑.๒, ๘๑.๓, ๘๑.๔, ๘๑.๕, ๘๑.๖, ๘๑.๗, ๘๑.๘, ๘๑.๙, ๘๒.๐, ๘๒.๑, ๘๒.๒, ๘๒.๓, ๘๒.๔, ๘๒.๕, ๘๒.๖, ๘๒.๗, ๘๒.๘, ๘๒.๙, ๘๓.๐, ๘๓.๑, ๘๓.๒, ๘๓.๓, ๘๓.๔, ๘๓.๕, ๘๓.๖, ๘๓.๗, ๘๓.๘, ๘๓.๙, ๘๔.๐, ๘๔.๑, ๘๔.๒, ๘๔.๓, ๘๔.๔, ๘๔.๕, ๘๔.๖, ๘๔.๗, ๘๔.๘, ๘๔.๙, ๘๕.๐, ๘๕.๑, ๘๕.๒, ๘๕.๓, ๘๕.๔, ๘๕.๕, ๘๕.๖, ๘๕.๗, ๘๕.๘, ๘๕.๙, ๘๖.๐, ๘๖.๑, ๘๖.๒, ๘๖.๓, ๘๖.๔, ๘๖.๕, ๘๖.๖, ๘๖.๗, ๘๖.๘, ๘๖.๙, ๘๗.๐, ๘๗.๑, ๘๗.๒, ๘๗.๓, ๘๗.๔, ๘๗.๕, ๘๗.๖, ๘๗.๗, ๘๗.๘, ๘๗.๙, ๘๘.๐, ๘๘.๑, ๘๘.๒, ๘๘.๓, ๘๘.๔, ๘๘.๕, ๘๘.๖, ๘๘.๗, ๘๘.๘, ๘๘.๙, ๘๙.๐, ๘๙.๑, ๘๙.๒, ๘๙.๓, ๘๙.๔, ๘๙.๕, ๘๙.๖, ๘๙.๗, ๘๙.๘, ๘๙.๙, ๙๐.๐, ๙๐.๑, ๙๐.๒, ๙๐.๓, ๙๐.๔, ๙๐.๕, ๙๐.๖, ๙๐.๗, ๙๐.๘, ๙๐.๙, ๙๑.๐, ๙๑.๑, ๙๑.๒, ๙๑.๓, ๙๑.๔, ๙๑.๕, ๙๑.๖, ๙๑.๗, ๙๑.๘, ๙๑.๙, ๙๒.๐, ๙๒.๑, ๙๒.๒, ๙๒.๓, ๙๒.๔, ๙๒.๕, ๙๒.๖, ๙๒.๗, ๙๒.๘, ๙๒.๙, ๙๓.๐, ๙๓.๑, ๙๓.๒, ๙๓.๓, ๙๓.๔, ๙๓.๕, ๙๓.๖, ๙๓.๗, ๙๓.๘, ๙๓.๙, ๙๔.๐, ๙๔.๑, ๙๔.๒, ๙๔.๓, ๙๔.๔, ๙๔.๕, ๙๔.๖, ๙๔.๗, ๙๔.๘, ๙๔.๙, ๙๕.๐, ๙๕.๑, ๙๕.๒, ๙๕.๓, ๙๕.๔, ๙๕.๕, ๙๕.๖, ๙๕.๗, ๙๕.๘, ๙๕.๙, ๙๖.๐, ๙๖.๑, ๙๖.๒, ๙๖.๓, ๙๖.๔, ๙๖.๕, ๙๖.๖, ๙๖.๗, ๙๖.๘, ๙๖.๙, ๙๗.๐, ๙๗.๑, ๙๗.๒, ๙๗.๓, ๙๗.๔, ๙๗.๕, ๙๗.๖, ๙๗.๗, ๙๗.๘, ๙๗.๙, ๙๘.๐, ๙๘.๑, ๙๘.๒, ๙๘.๓, ๙๘.๔, ๙๘.๕, ๙๘.๖, ๙๘.๗, ๙๘.๘, ๙๘.๙, ๙๙.๐, ๙๙.๑, ๙๙.๒, ๙๙.๓, ๙๙.๔, ๙๙.๕, ๙๙.๖, ๙๙.๗, ๙๙.๘, ๙๙.๙, ๑๐๐.๐, ๑๐๐.๑, ๑๐๐.๒, ๑๐๐.๓, ๑๐๐.๔, ๑๐๐.๕, ๑๐๐.๖, ๑๐๐.๗, ๑๐๐.๘, ๑๐๐.๙, ๑๐๑.๐, ๑๐๑.๑, ๑๐๑.๒, ๑๐๑.๓, ๑๐๑.๔, ๑๐๑.๕, ๑๐๑.๖, ๑๐๑.๗, ๑๐๑.๘, ๑๐๑.๙, ๑๐๒.๐, ๑๐๒.๑, ๑๐๒.๒, ๑๐๒.๓, ๑๐๒.๔, ๑๐๒.๕, ๑๐๒.๖, ๑๐๒.๗, ๑๐๒.๘, ๑๐๒.๙, ๑๐๓.๐, ๑๐๓.๑, ๑๐๓.๒, ๑๐๓.๓, ๑๐๓.๔, ๑๐๓.๕, ๑

(วันครบรอบ 31/2/66

วัน 4/7/66

ชื่อ นพ. รุ่งโรจน์ ลีทอง
สาขา นว อ.วิชัย แผนกศัลยกรรม

Tel. 0819630532

แบบสอบถามโรคใช้เลือดออก (DF/DHF/DSS)

ID = 1900900602181 (ด.ร. น. 04/4/2552

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นพ. รุ่งโรจน์ ลีทอง สังกัด สังกัด... ชื่อ: ... เพศ () ชาย (✓) หญิง อายุ 46 ปี 3 เดือน
HN 7100J AN... ที่อยู่ 312 ม. 2 ต.หนอง... อ.วิชัย... เบอร์โทร...
อาชีพ หมอ... เชื้อชาติ ไทย สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา...

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย... วันที่พบการรักษา...

ครั้งที่ 1	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วยนอก/ใน	การวินิจฉัย
1	3/2/66	น.วิชัย	ผู้ป่วยนอก	DHF

3. อาการและอาการแสดง

ไข้	T 37.9	(✓) มี	() ไม่มี	ปวดศีรษะ	(✓) มี	() ไม่มี
ปวดกระบอกตา		() มี	(✓) ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	() มี	(✓) ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก		() มี	(✓) ไม่มี	ผื่น	() มี	(✓) ไม่มี
เลือดออก		() มี	(✓) ไม่มี	ตับโต	() มี	(✓) ไม่มี
Tourniquet		() มี	(✓) ไม่มี	ซีจอก BP	() มี	(✓) ไม่มี
อื่นๆ ปวดหลัง 2 ครั้ง เช้าและเย็น 2 ครั้ง เช้าและเย็น วันที่ 3/2/66						

ผลการรักษา () หาย (✓) ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่... () เสียชีวิต วันที่...

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ 3/2/66 เวลา 10:45 น.	ครั้งที่ 2 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....
HCT	27.6				
WBC	5730				
Lymphocyte	24.2				
Atypical Lymph	-				
Plt	102,000				

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

วัน 1 ตอน 1 วันที่ 4/7/66
ตอน 3 วันที่ 6/7/66
ตอน 5 วันที่ 10/7/66

สำเนาถูกต้อง

Luc

(นายอัมมัตตอชิต บ็อนนิระเร่)
นักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ 10/8/66 2016
0101 01234 118

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS)

19001 01234 118

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล สมชาย ใจดี อายุ 50 ปี เพศ ชาย (หญิง) อายุ 18 ปี 2 เดือน
HN 00-33790 AN 12 2.8 ต.พลา 6-ต.พลา 0900 เบอร์โทร 098 811 9894
อาชีพ --- เชื้อชาติ ไทย สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา ---

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย 7/8/66 วันที่พบการรักษา 10/8/66

ครั้งที่	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วนอก/ใน	การวินิจฉัย
	<u>7/8/66</u>	<u>พ.พลา</u>	<u>นอก</u>	<u>Rh DB</u>

3. อาการและอาการแสดง

ไข้ <u>39.8</u>	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ผื่น	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
เลือดออก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ตับโต	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี
Tourniquet	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	ซีออก BP.....	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี

อื่นๆ พบคลื่น 6 สี่เหลี่ยม ตาลึง 2 ครั้ง

ผลการรักษา (หาย) (ยังรักษาอยู่) (ส่งต่อไปรักษาที่.....) (เสียชีวิต) วันที่.....

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ <u>10/8/66</u> เวลา.....	ครั้งที่ 2 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 4 วันที่..... เวลา.....	ครั้งที่ 5 วันที่..... เวลา.....
HCT	<u>31.4</u>				
WBC	<u>4,900</u>				
Lymphocyte	<u>9.5</u>				
Atypical Lymph	<u>-</u>				
Plt	<u>134,000</u>				

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

พบวันที่ 11/8/66

สำเนาถูกต้อง

Luc

นายสมมติ อายีตัง บ่อโน๊ะเร๊ะ
นักวิชาการสาธารณสุข

Case No. ๒๐๒/๗/๖๖

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑
เวลา ๑๖:๓๐ น.

Tel. ๐๙ ๗๙๙๑๐๖๐๔ (Mobile No.)

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS)

อาชีพ 1๑๕๐๗๐๐๐๗๙๓๖๐ วันที่ 1/12/255๔

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ น.ย. ชัยวัฒน์ สสกุล น.ย. เพศ ชาย () หญิง อายุ 17 ปี 3 ปี เดือน
HN 11๕๖๕ AN ที่อยู่ 156/3 ม. ๖ ต. ๓๒๑ อ. ๐.๓๖ เบอร์โทร ๐๙๗๙๙ ๐๖๐๔
อาชีพ วิศวกร เจ้าหน้าที่ สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา สหกรณ์การเกษตร

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย 3๑ มิ.ย. ๖๖ วันที่พบการรักษา 3/๗/๖๖

ครั้งที่	วันที่รับการรักษา	สถานการรักษา	ผู้ป่วยนอก/ใน	การวินิจฉัย
1	3/๗/๖๖	ร.พ.๓๕	ผู้ป่วยใน	DHF

3. อาการและอาการแสดง

ไข้ T 37.0	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ปวดศีรษะ	(<input checked="" type="checkbox"/>) มี	() ไม่มี
ปวดกระบอกตา	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ปวดกล้ามเนื้อ	(<input checked="" type="checkbox"/>) มี	() ไม่มี
ปวดข้อหรือกระดูก	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ผื่น	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี
เลือดออก	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ตับโต	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี
Tourniquet	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี	ซีด BP.....	() มี	(<input checked="" type="checkbox"/>) ไม่มี
อื่นๆ	กำลัง 2 ครั้ง ไข้ มี ดังแนว วันที่ 3/๗/๖๖				

ผลการรักษา () หาย () ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่..... () เสียชีวิต วันที่.....
ร.พ.๓๕

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ 3/๗/๖๖ เวลา 10:16:2๘.	ครั้งที่ 2 วันที่ 4/๗/๖๖ เวลา 08:52 น.	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
HCT	33.2	31.4			
WBC	49๗๐	4๐๖๐			
Lymphocyte	2๙.8	2๙.๐			
Atypical Lymph	-				
Plt	1๒๑,๐๐๐	121,๐๐๐			

แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย

day 1 วันที่ 5/๗/๖๖
day 3 วันที่ 7/๗/๖๖
day 1 วันที่ 11/๗/๖๖

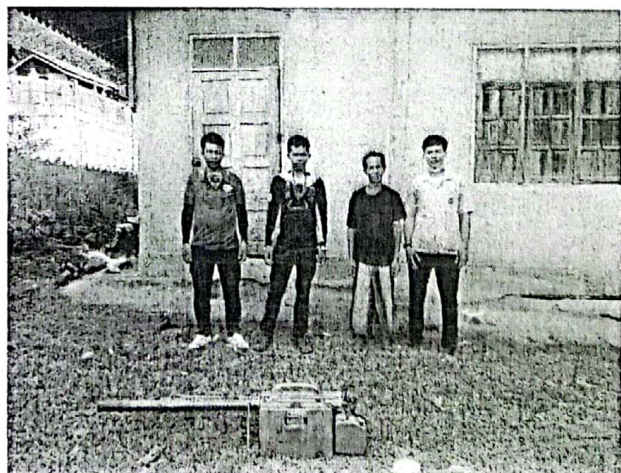
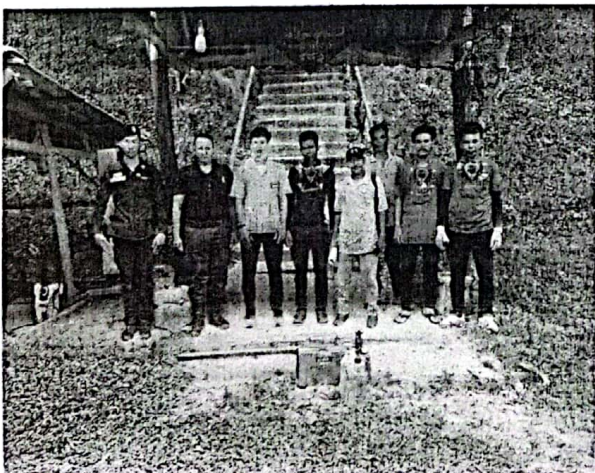
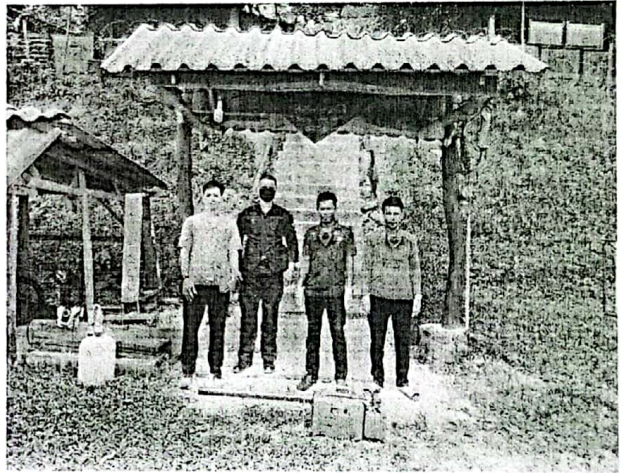
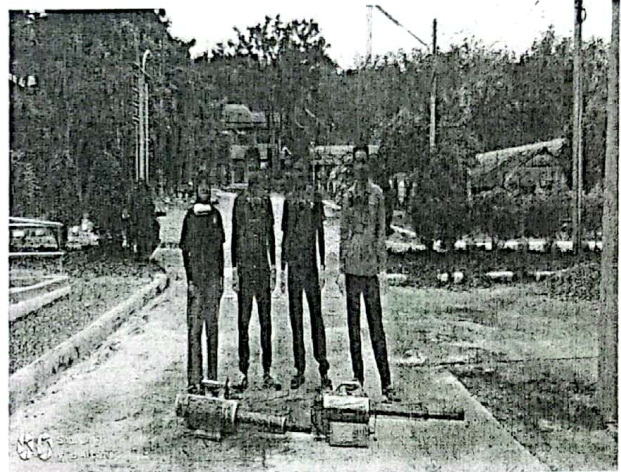
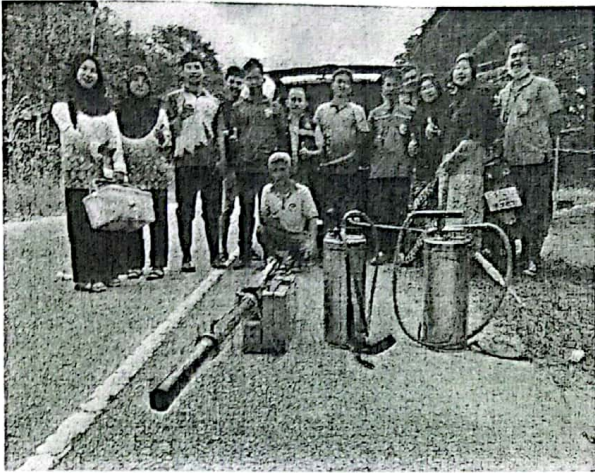
สำเนาถูกต้อง

Luc

(นายชุมชมมิตายัง ปอนิมะเระ)
นักวิชาการสาธารณสุข

ประมวลภาพ

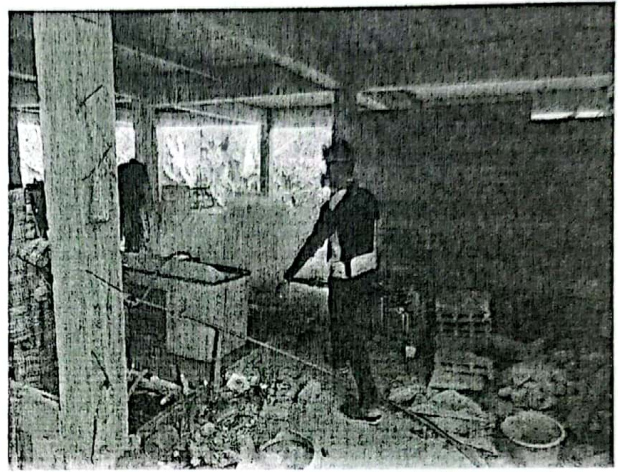
กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงในชุมชน



ตำนานถูกต้อง

ประมวลภาพ

กิจกรรมพ่นหมอกควันเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในชุมชน (ต่อ)



สำเนาถูกต้อง

เล่มที่ 61

№ 27

บิลเงินสด สะเตงโฆษณา

111/6 ถ.สีโรรส ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา โทร. 099-0102571, 086-2886503, 090-9211316
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 1959900218566

19 ก.ค. 2566

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
นาม รท. สจ. มิ่งมงคล อวตาร
ที่อยู่ ผ.อ. ต. มิ่งมงคล อ.เมือง จ.ยะลา

จำนวน	รายการ	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
			บาท	สต.
	ตามใบสั่งของเล่มที่ ๐๑ เลขที่ 1		๗๒๐	-
	จ่ายเงินแล้ว			
	สุภา			
	(นางสาวชัยนี สมะแอ)			
	เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน			
	19 ก.ค. 2566			
คิดร้อยจึ่มหกบาท		รวมเงิน	๗๒๐	-

สำเนาถูกต้อง

ผู้รับเงิน..... มิ่งมงคล

Luc

(นายอนุชิต อายัดัง บ่อนันะระ)
นักวิชาการสาธารณสุข

ใบส่งของ

ใบส่งของเดิมที่ 59 เลขที่ 1

วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

โรงพยาบาลพะเยา

เจ้าพนักงานสาธารณสุข วานี

111/6 ถนนสิโรธร ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

โทร.090-9211316 , 099-0102571

นามลูกค้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส

ที่อยู่ หมู่ 2 ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ที่	รายการ	จำนวน	ราคา	จำนวนเงิน
1	ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงปี 2566 ขนาด 1.2 X 2.4 เมตร	1 ป้าย	720	720
	รวม			720

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น เจ็ดร้อยยี่สิบบาทถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้ส่งของ
(.....)
.....

ลงชื่อ.....ผู้รับของ
(.....)
.....

สำเนาถูกต้อง



(นายอุ้มมัตตายัตติ ปอนิมะระ)
นักวิชาการสาธารณสุข

โครงการป้องกันควบคุม



โรคติดต่อมาโดยแมลง

ประจำปี 2566

วันที่ เดือน พ.ศ. 2566

ณ.....

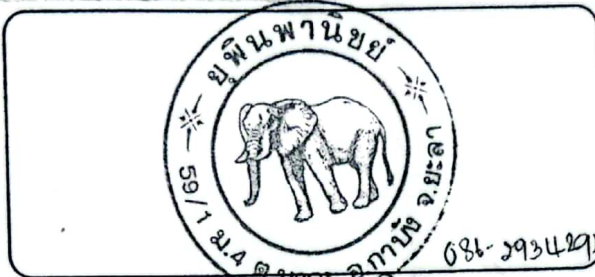
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส



สนับสนุนโดยงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบวละ



๑



บิลเงินสด
CASH SALES

เล่มที่
BOOK NO. ๕
เลขที่
BILL NO. 13
วันที่ 19 / ก.ค. / ๖๖
DATE :

นามลูกค้า รศ. ศิตา มิ่งทนต์ ๐๐๓ ๑๑๑ เลขประจำตัวประชาชน / 3950500331 ๖31
CUSTOMER: เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
ที่อยู่ ม. ๗ ต. มอ. อ. กทม. จ. ชลบุรี
ADDRESS :

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	ส.ท./Sig.
	กาแฟมิลล์ ๑๐๐ / ๑๕ / ๑๕		1,400.-	
จ่ายเงินแล้ว โท (นางสาวชยณี สระมะแอ) เจ้าหน้าที่งานสารบรรณสำนักงาน 19 ก.ค. 2566				
รวมเงิน TOTAL			1,400.-	

ผู้รับเงิน [Signature] RECEIVED BY : ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ
Elephant Brand

สำเนาถูกต้อง
[Signature]
(นายมุขัมมัดอาซีดี ปอนิมะเร๊ะ)
นักวิชาการสาธารณสุข



