แบบสรุปผลคัดกรองผู้สัมผัสผู้ป่วยน่าจะเป็น กรณีโรคปอดอักเสบ/สงสัยโรคปอดอักเสบจากเชื้อที่ไม่ทราบสาเหตุ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	Code	อายุ	เพศ	สัญชาติ	อาชีพ	อาการ											ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (โปรดระบุ..... เช่น ญาติ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย	การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ		เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
							มีอาการ	วันเริ่มป่วย	ไข้	ไอ	เจ็บคอ	ปวดกล้ามเนื้อ	มีน้ำมูก	มีเสมหะ	หอบเหนื่อย	ปวดศีรษะ	อื่นๆ (ระบุ)		วันที่เก็บตัวอย่าง	ชนิดตัวอย่าง	