

## แบบฟอร์ม PM1 แบบสอบถามรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย

### ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล ..... 2. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
3. อายุ ..... ปี 4. น้ำหนักตัว..... กิโลกรัม 5. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
6. ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน.....ตำบล .....อำเภอ..... จังหวัด.....
7. โรคประจำตัว  1) หอบหืด  2) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง  3) หัวใจขาดเลือด  4) อื่นๆ ระบุ .....
8. ยาที่ใช้ประจำ .....
9. การรักษา  1) ต่อเนื่อง  2) ไม่ต่อเนื่อง
10. ระยะเวลาที่ท่านอาศัยในพื้นที่ปัจจุบัน .....ปี .....เดือน
11. สถานที่ และ ระยะเวลาในการสัมผัสพื้นที่สีแดง ก่อนเกิดอาการ 48 ชั่วโมง
  - 11.1 ..... ระยะเวลา ..... ปี .....เดือน ..... วัน ..... ชั่วโมง
  - 11.2 ..... ระยะเวลา ..... ปี .....เดือน ..... วัน ..... ชั่วโมง
  - 11.3 ..... ระยะเวลา ..... ปี .....เดือน ..... วัน ..... ชั่วโมง
12. อาชีพหลัก  1) ทำนา/ทำสวน/ทำไร่  2) ว่างาน/ไม่มีงานทำแน่นอน  3) รับจ้างทั่วไป โปรดระบุ .....
- 4) ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว โปรดระบุ .....  5) อื่นๆ ระบุ.....
13. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  1) ไม่สูบ  2) สูบ ปริมาณที่สูบ.....ซอง สูบมา.....ปี
14. คนในบ้านของท่านสูบบุหรี่หรือไม่  1) ไม่สูบ  2) สูบ
15. ลักษณะที่อยู่ของท่านเป็นอย่างไร  1) ห้องแถวหรือทาวน์เฮาส์  2) อพาร์ทเมนต์หรือคอนโด  3) บ้านเดี่ยว
16. อาการป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  1) หายใจลำบาก  2) หายใจมีเสียงหวีด  3) ไอ
- 4) ผื่นคัน  5) แน่นหน้าอก  6) อื่นๆ ระบุ .....
17. ท่านได้รับการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นในข้อ 16 หรือไม่
  - 1) ไม่ได้รักษา  2) ไปพบแพทย์  3) ซ้ำยากินเอง

### 18. ข้อมูลการสัมผัส

การสัมผัส ฝุ่นละออง/ ควัน/ เขม่า/ เถ้า ปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้านของท่าน ในระยะเวลา 48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา

แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า	ไม่มี	มี	แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า	ไม่มี	มี
18.1 ควันจากการสูบบุหรี่ภายในบ้าน			18.6 ฝุ่น/ควันจากการเผาฟางข้าว/ไร่/นา/อ้อย		
18.2 ควันจากการประกอบอาหาร			18.7 ควันจากการเผาขยะหรือเศษใบไม้		
18.3 ควันจากรูป			18.8 ฝุ่นจากการขุดเจาะหิน		
18.4 ฝุ่น/เขม่าควันจากบิมน้ำมัน			18.9 ฝุ่นจากการก่อสร้าง		
18.5 ฝุ่น/ควันรด จากยานพาหนะ เช่น ฝุ่นจากถนน/ รถบรรทุก			18.10 ฝุ่น/ควันจากโรงงานอุตสาหกรรม ระบุประเภทของโรงงานที่เกิดฝุ่น.....		
			18.11 กิจกรรมอื่นๆ ที่เกิดฝุ่น/ ควัน/ เขม่า/ เถ้า ระบุ.....		

19. ท่านมีวิธีป้องกันตนเองจากฝุ่น/ควัน หรือไม่

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1) ไม่ได้ป้องกัน<br><input type="radio"/> 3) ใช้หน้ากากอนามัย | <input type="radio"/> 2) อยู่ในห้อง/อาคาร เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น/ควัน<br><input type="radio"/> 4) อื่น ๆ ระบุ..... |
|---|--|