

TOCC 評估表

※姓名：_____

※日期：____年__月__日

COVID-19 風險評估表

類別	Travel history 旅遊史	Occupation 職業別	Contact history 接觸史	Cluster 是否群聚
問題	最近14日內旅遊史?	您的職業別為何?	您近期接觸及出入場所?	您近一個月內群聚史?
評估項目	<input type="checkbox"/> 自身曾至國外旅遊 (前往的國家: _____) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫院工作者 (如醫事/非醫事人員, 含外包人力、實習學生及衛生保健志工等) <input type="checkbox"/> 交通運輸業(如計程車、客運司機等) <input type="checkbox"/> 旅遊業(如導遊) <input type="checkbox"/> 旅館業 (如房務、客務接待人員) <input type="checkbox"/> 航空服務業 (如航空機組人員等) <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 曾至醫院、診所就醫 <input type="checkbox"/> 曾接觸至國外旅遊且有發燒/呼吸道症狀之親友/家屬 <input type="checkbox"/> 曾出入機場、觀光景點及其他頻繁接觸外國人場所 <input type="checkbox"/> 曾參與公眾集會 <input type="checkbox"/> 宗教/政治/學術/藝文活動 <input type="checkbox"/> 開學/畢業典禮、婚喪喜慶、運動賽事等聚眾活動 <input type="checkbox"/> 野生動物與禽鳥接觸 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同住家人正在 <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理(到期日: 月 / 日) <input type="checkbox"/> 家人也有發燒或呼吸道症狀 <input type="checkbox"/> 朋友也有發燒或呼吸道症狀 <input type="checkbox"/> 同事也有發燒或呼吸道症狀 <input type="checkbox"/> 無

แบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงของผู้ที่ติดเชื้อไวรัส COVID-19

※ ชื่อ : _____
 ※ วันที่: ____ปี ____เดือน ____วัน

ประเภท	Travel history ประวัติการเดินทาง	Occupation ประกอบอาชีพ	Contact history ประวัติในการสัมผัสหรือใกล้ชิด	Cluster ประวัติในกลุ่มผู้คน
เกิดปัญหา	ประวัติการเดินทางในช่วง 14 วันที่ผ่านมา	คุณประกอบอาชีพอะไร	สถานที่ไปในช่วงนี้	ในช่วงหนึ่งเดือนได้ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้คนไหนบ้าง
การประเมินผล	<input type="checkbox"/> ฉันได้เดินทางไปต่างประเทศ (ประเทศที่ไป: _____) <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> พนักงานในโรงพยาบาล (เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ / ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ / บุคคลภายนอก/นักศึกษาฝึกงาน/อาสาสมัคร เป็นต้น) การขนส่งจากร (อาทิเช่น ขับรถแท็กซี่ / ขับรถโดยสารประจำทาง ฯลฯ) <input type="checkbox"/> การท่องเที่ยว (เช่น ใกล้เคียงน้ำเต้า)	<input type="checkbox"/> เคยไปในโรงพยาบาลหรือเคยไปที่คลินิกใหม่ <input type="checkbox"/> เคยสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เดินทางไปต่างประเทศแล้วมีไข้/ญาติหรือเพื่อนที่มีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เคยเข้าออกสนามบิน/เคยไปสถานที่ท่องเที่ยวและสถานที่อื่น ๆ ที่มีชาวต่างชาติ <input type="checkbox"/> เคยเข้าร่วมกิจกรรมในสถานที่สาธารณะ	<input type="checkbox"/> พักอาศัยกับคนในครอบครัวที่กำลัง <input type="checkbox"/> กักกันตนเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> กักกันเพื่อประเมินอาการ <input type="checkbox"/> การประเมินสุขภาพของตนเอง (ครบกำหนด: ในวันที่ / เดือน) <input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัวมีไข้และมีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เพื่อนมีไข้ และมีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงานมีไข้และมีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ
	<input type="checkbox"/> อาชีพด้านการโรงแรม (เช่น พนักงานทำความสะอาดห้อง หรือ พนักงานต้อนรับ) <input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพในสายการบิน(เช่น ลูกเรือในสายการบิน ฯลฯ) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา / ทางการเมือง / ด้านวิชาการ / ด้าน ศิลปะและวัฒนธรรม <input type="checkbox"/> กิจกรรมเปิดภาคเรียนใหม่ / พิธีสำเร็จการศึกษา/ งานแต่งงาน/งานศพ/กิจกรรมงานกีฬา ฯลฯ <input type="checkbox"/> เคยสัมผัสกับสัตว์ป่าหรือสัตว์ปีกจำพวกนก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา / ทางการเมือง / ด้านวิชาการ / ด้าน ศิลปะและวัฒนธรรม <input type="checkbox"/> กิจกรรมเปิดภาคเรียนใหม่ / พิธีสำเร็จการศึกษา/ งานแต่งงาน/งานศพ/กิจกรรมงานกีฬา ฯลฯ <input type="checkbox"/> เคยสัมผัสกับสัตว์ป่าหรือสัตว์ปีกจำพวกนก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัวมีไข้และมีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เพื่อนมีไข้ และมีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงานมีไข้และมีอาการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่

COVID-19 Patient Risk Assessment Form

※ Name : _____

※ Date : ____Year__Month__Day

Category	Travel history	Occupation	Contact history	Cluster
Question	What is your travel history within the last 14 days?	What is your occupation?	What is your recent contact history, and what places have you been to?	Have you been in large crowds (in clusters) in the past month?
Evaluation Item	<input type="checkbox"/> I have been overseas (Countries visited:) <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Healthcare worker (e.g., medical/non-medical personnel, including outsourced worker, intern, and healthcare volunteer, etc.) <input type="checkbox"/> Transportation industry (e.g., taxi driver, coach driver, etc.) <input type="checkbox"/> Tourism industry (e.g., tour guide) <input type="checkbox"/> Hotel industry (e.g., housekeeper, receptionist) <input type="checkbox"/> Airline industry (e.g., aircrew, etc.) <input type="checkbox"/> Others: <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Have been to hospitals, clinics for treatment <input type="checkbox"/> Have been in contact with friends, relatives/family who had travelled abroad, and now have a fever/respiratory symptoms <input type="checkbox"/> Have been to airports, tourist attractions, and other places frequently visited by foreigners <input type="checkbox"/> Have participated in the public gatherings <input type="checkbox"/> Have attended religious/political/academic/cultural events <input type="checkbox"/> Have attended school opening ceremonies/Commencements, weddings, funerals, and sports events, etc. <input type="checkbox"/> Have been in contact with wild animals and avians <input type="checkbox"/> Others: <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Living with your family Your family members are currently <input type="checkbox"/> Undergoing isolation at home <input type="checkbox"/> Undergoing quarantine at home <input type="checkbox"/> Managing their own health (until date: month/date) <input type="checkbox"/> Family members also have a fever or respiratory symptoms <input type="checkbox"/> Friends also have a fever or respiratory symptoms <input type="checkbox"/> Colleagues also have a fever or respiratory symptoms <input type="checkbox"/> NO

Mẫu đánh giá người có nguy cơ nhiễm COVID-19

※ Tên : _____

※ Ngày: __Năm__Tháng__ngày

Thể loại	Travel history Lịch sử du lịch	Occupation Nghề nghiệp	Contact history Lịch sử tiếp xúc	Cluster Giao tiếp cộng đồng
Câu hỏi	Lịch sử du lịch trong 14 ngày qua?	Nghề nghiệp của bạn là gì?	Nơi bạn đã từng đến và tiếp xúc trong thời gian gần đây?	Lịch sử giao tiếp cộng đồng của bạn trong 1 tháng qua?
Hạng mục để đánh giá	<input type="checkbox"/> Tôi đã từng đi du lịch nước ngoài (Quốc gia đã từng đến:) <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Nhân viên trong bệnh viện (ví dụ: nhân viên y tế/không phải nhân viên y tế, bao gồm nhân lực thuê ngoài, sinh viên thực tập và tình nguyện viên chăm sóc sức khỏe...)	<input type="checkbox"/> Đã từng đến bệnh viện, phòng khám khám bệnh <input type="checkbox"/> Tiếp xúc với bạn bè/người thân đã từng đi du lịch nước ngoài và bị sốt/có triệu chứng bệnh hô hấp	<input type="checkbox"/> Bạn có ở cùng người nhà không? Và người nhà của bạn có đang <input type="checkbox"/> Cách ly tại nhà
		<input type="checkbox"/> Ngành giao thông vận tải (ví dụ: tài xế xe khách, taxi...)	<input type="checkbox"/> Đã từng tới sân bay, địa điểm du lịch và những nơi thường xuyên tiếp xúc với người ngoại quốc	<input type="checkbox"/> Theo dõi (kiểm dịch) tại nhà
	<input type="checkbox"/> Ngành du lịch (ví dụ: hướng dẫn viên du lịch)	<input type="checkbox"/> Đã từng tham gia các hoạt động cộng đồng	<input type="checkbox"/> Tự chủ quản lý sức khỏe (ngày hết hạn: ngày tháng)	
	<input type="checkbox"/> Ngành khách sạn (ví dụ: phục vụ phòng, nhân viên tiếp tân khách sạn)	<input type="checkbox"/> Tôn giáo/chính trị/học thuật/nghệ thuật	<input type="checkbox"/> Người thân cũng bị sốt hoặc có triệu chứng bệnh hô hấp	
	<input type="checkbox"/> Dịch vụ hàng không (ví dụ: phi hành đoàn...)	<input type="checkbox"/> Lễ khai giảng/lễ tốt nghiệp, lễ tang/lễ cưới, sự kiện thể thao...	<input type="checkbox"/> Bạn bè cũng bị sốt hoặc có triệu chứng bệnh hô hấp	
	<input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Tiếp xúc với các loài chim và động vật hoang dã	<input type="checkbox"/> Đồng nghiệp cũng bị sốt hoặc có triệu chứng bệnh hô hấp	
	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Không	
		<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không	

Formulis Pasien Penilaian Risiko COVID-19

※ Nama : _____
 ※ Tanggal: __TAHUN__ BULAN__ HARI

Kategori	Travel history Riwayat perjalanan	Occupation Pekerjaan	Contact history Riwayat kontak	Cluster Kelompok pergaulan
Pertanyaan	Tempat wisata yang Anda kunjungi dalam 14 hari terakhir?	Pekerjaan Anda?	Lokasi atau tempat yang Anda kunjungi?	Teman / orang lain yang Anda dekati dalam 1 bulan terakhir?
Penilaian Evaluasi	<input type="checkbox"/> Berwisata ke luar negeri (Negara yang dikunjungi:) <input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Industri perobatan / rumah sakit (mis: Tenaga media / non-medis, tenaga outsourcing, mahasiswa magang, perawat sukarelawan, dll.) <input type="checkbox"/> Industri transportasi (mis: supir taksi, supir bus, dll.) <input type="checkbox"/> Industri pariwisata (mis: pemandu wisata, dll) <input type="checkbox"/> Industri perhotelan (mis: housekeeping, resepsionis ,dll.) <input type="checkbox"/> Industri penerbangan (mis: pramugari/pramugara, pilot, dll) <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Rumah sakit / klinik <input type="checkbox"/> Berinteraksi dengan kerabat yang sebelumnya berada di luar negeri dan mengalami gejala demam / gangguan pernapasan <input type="checkbox"/> Mengunjungi bandara, lokasi wisata, dan tempat-tempat yang ramai turis <input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam pertemuan / acara publik <input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam kegiatan agama / politik / akademik / artistik <input type="checkbox"/> Sekolah/ Universitas, acara wisuda, acara pernikahan / pemakaman, acara olahraga, dll. <input type="checkbox"/> Berinteraksi dengan hewan liar atau jenis burung <input type="checkbox"/> Lainnya: <input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Keluarga / teman yang tinggal bersama <input type="checkbox"/> Pasien isolasi rumah <input type="checkbox"/> Pasien karantina rumah <input type="checkbox"/> Melakukan pemeriksaan kesehatan (tanggal kedaluwatsa: bulan / tanggal) <input type="checkbox"/> Anggota keluarga anda juga mengalami gejala demam, batuk, pilek atau gangguan pernapasan <input type="checkbox"/> Teman anda juga mengalami gejala demam, batuk, pilek atau gangguan pernapasan <input type="checkbox"/> Rekan kerja Anda juga mengalami gejala demam, batuk, pilek atau gangguan pernapasan <input type="checkbox"/> Tidak ada