

แบบสอบถาม

กลุ่ม สถานที่. กิจตัวอย่าง ตัวอย่างเลขที่

๑. ชื่อ _____ ๒. เพศ ชาย _____ หญิง _____ ๓. อายุ _____ ปี

๔. ได้เข้ามาอยู่ที่ผู้มีຈຸບັນนี้เป็นเวลา _____ เดือน/ปี

๕. ได้เข้ามาภายใน ๖ เดือน ที่อยู่ก่อนหน้านี้อีก _____

๖. มีฐานะเป็น พลเรือน _____ หรือ ทหาร _____

๗. สุขภาพทั่วไปในปัจจุบัน หรือ กำลังช่วยด้วยอาการ หรือโรคอะไร ถ้าหากขณะนี้เป็นผู้ช่วยอยู่
ในโรงพยาบาล _____

๘. มีปัญหาทางสุขภาพอย่างไรหรือไม่ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ถ้ามี ขอให้ช่วยว่าเกี่ยวข้องกับ
กับระบบใด เช่น ยิวตมັງ/ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ/ ระบบทางเดินหายใจ/ ระบบทางเดิน
อาหาร/ ระบบประสาท _____

๙. ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา เคยเข้าอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าเคย ให้รับทราบวินิจฉัยโรคว่า
อย่างไร _____

๑๐. ท่านเคยถูกชนเหลืองหรือได้รับการโจมตีด้วยสารพิษอย่างอื่น หรือไม่ เคย/ไม่เคย
ถ้าเคย โปรดตอบคำถามข้อ ๑๑ - ๑๕ ด้วย

๑๑. ครั้งสุดท้ายที่เกิดเหตุ _____

๑๒. สถานที่ที่เกิดเหตุ _____

๑๓. การโจมตีเกิดจาก เครื่องบิน _____ กระสุนปืนโต _____ อื่นๆ _____

๑๔. สีของควัน หรือสารที่ถูกฉีดออกมา สีเหลือง _____ สีขาว _____ สีฟ้า _____ อื่นๆ _____

๑๕. ส่วนมีอาการเจ็บป่วยจากการถูกสารพิษหรือไม่ _____ ถ้ามี ช่วยอาการอะไรบ้าง
ปวดศีรษะ/ เวียนศีรษะ _____ หายใจขัด/ ไอ _____ คัน/ มีผื่นแดงเกิดขึ้น _____

เวลาเจ็บ _____ มีเลือดออก _____ อื่นๆ _____

๑๖. มีผู้คนอื่นเจ็บป่วยหลังจากนั้นด้วยหรือไม่ จำนวน _____

มีผลตายหรือไม่ จำนวน _____

๑๗. มีผู้คนอื่นเจ็บป่วยหลังจากนั้นด้วย หรือไม่ _____

วันที่ _____ เวลา _____ สถานที่ _____ ผู้รับแบบสอบถาม _____