

แบบสอบถามด้านสุขภาพ

วันที่

ข้อมูลส่วนตัว

1. ชื่อ:	2. วันเดือนปีเกิด:	3. ประเทศที่เกิด: 4. เมือง สถานที่เกิด:
5. ที่อยู่ในฟินแลนด์:		6. โทรศัพท์:
7. ประกันภัย / ชีวิต: มี Γ ไม่มี Γ		8. ชื่อบริษัทประกันภัย:
9.ญาติสนิท หรือบุคคลที่สามารถติดต่อได้:		10. โทรศัพท์:
11. โรงเรียน / สายการเรียน /วิชาเอก:		12. วันที่เริ่มหลักสูตรการศึกษา: 13. วันที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา:

สุขภาพ

14. สุขภาพในขณะนี้:	ดี Γ	ปานกลาง Γ	ไม่ดี Γ
15. คุณมีโรคที่เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาานานหรือไม่?	ไม่มี Γ	มี Γ	โรคอะไร?
16. คุณเป็นโรคเกี่ยวกับตับ เช่นตับอักเสบหรือไม่?	ไม่เป็น Γ	เป็น Γ	โรคอะไร?
17. คุณติดเชื้อ HIV หรือไม่?	ไม่ Γ	ใช่ Γ	
18. คุณสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับยาสูบหรือไม่?	ไม่ Γ	ใช่ Γ	อะไรและปริมาณมากแค่ไหน?
19. คุณดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สิ่งเสพติดอื่น ๆ หรือไม่?	ไม่ Γ	ใช่ Γ	ใช้อะไรและปริมาณมากแค่ไหน?
20. คุณเคยรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยผ่าตัดหรือไม่?	ไม่เคย Γ	เคย Γ	รักษาอะไร?
21. คุณมีอาการแพ้ยาต่าง ๆ หรือไม่?	ไม่มี Γ	มี Γ	ยาอะไร?
22. คุณเคยป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่?	ไม่เคย Γ	เคย Γ	เมื่อใด?
23. คุณเคยได้รับการรักษาวัณโรคหรือไม่?	ไม่เคย Γ	เคย Γ	เมื่อใด? ยาอะไร?
24. มีคนในหมู่มนใกล้ชิดของคุณ(ที่อยู่บ้านเดียวกัน)ที่เคยป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่?	ไม่มี Γ	มี Γ	
คุณเคยมีอาการเหล่านี้ ทั้งในขณะนี้ หรือก่อนหน้านีหรือไม่:		หากมี กรุณาระบุเพิ่มเติม (เช่น มีอาการเมื่อใด, มีอาการในขณะนี้หรือไม่, สามารถหาสาเหตุของอาการเหล่านั้นได้หรือไม่) :	
25. อาการไอติดต่อกันหลายสัปดาห์	ไม่มี Γ	มี Γ	
26. ไอแบบมีเสมหะ หรือไอเป็นเลือด	ไม่มี Γ	มี Γ	
27. น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ	ไม่มี Γ	มี Γ	
28. เหงื่อออกเวลากลางคืน	ไม่มี Γ	มี Γ	
29. อาการไข้เรื้อรัง	ไม่มี Γ	มี Γ	
30. ต่อมทอนซิลอักเสบ (บริเวณคอ, รักแร้, หรือขาหนีบ) อาการปวด หรือ อาการผิดปกติ	ไม่มี Γ	มี Γ	

ยา และ วัคซีน

31. คุณกำลังใช้ยาตามใบสั่งแพทย์อยู่หรือไม่?	ไม่ใช่ Γ	ใช่ Γ	ยาอะไร?
คุณเคยได้รับวัคซีนเหล่านี้หรือไม่:			
32. โปลิโอ	33. บาดทะยัก/ คอตีบ	34. โรคหัด/คางทูม/หัดเยอรมัน	
ไม่เคย Γ เคย Γ เมื่อใด?	ไม่เคย Γ เคย Γ เมื่อใด?	ไม่เคย Γ เคย Γ เมื่อใด?	
35. คุณเคยออกหัดหรือไม่?	ไม่เคย Γ เคย Γ		
36. คุณเคยเป็นคางทูมหรือไม่?	ไม่เคย Γ เคย Γ		
37. คุณเคยเป็นหัดเยอรมันหรือไม่?	ไม่เคย Γ เคย Γ		

