

# แบบคัดกรองโรคเรื้อน

HN.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

โปรดกรอกข้อความ หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน  ให้ชัดเจน

## 1. ข้อมูลทั่วไป

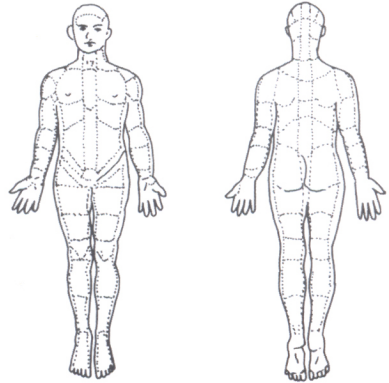
ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมู่..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด..... โทร.....

## 2. ปัจจัยเสี่ยง

- เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อน
- เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน
- เคยมีเพื่อนบ้านใกล้เคียง/คนในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน

## 3. อาการสงสัยโรคเรื้อน

- โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่หาย
- ผื่นหรือวงต่างขา บริเวณผิวหนังดังกล่าวแห้ง เหนือไม่ลอก ขนร่วง
- ผื่นนูนแดง หรือตุ่ม ผิวอุ่มฉ่ำ เป็นมันเลื่อม หูหนา
- ตุ่มแดง กดเจ็บ ตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
- มีอาการบวมที่หน้า มือ เท้า
- ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
- เจ็บ หรือกดเจ็บบริเวณ เส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
- กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ่งงอ กูด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลังตาไม่สนิท
- แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า



(ให้ทำเครื่องหมาย ○ บริเวณตำแหน่งที่มีรอยโรค)

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจคัดกรอง/สัมภาษณ์  
ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน..... โทร.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การนัด : สถานที่ตรวจ..... วันที่ ..... เวลา.....