

หมายเหตุ เอกสารฉบับนี้กรรมการคุมสอบจะจัดเตรียมไว้
ให้ผู้สมัครสอบกรอกข้อมูลหน้าห้องสอบ

สนามสอบ

แบบคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19
สำหรับผู้เข้าสอบใบประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ครั้งที่ 2/2564
และสำหรับกรรมการคุมสอบ

วันที่คัดกรอง วันเสาร์ที่ 17 กรกฎาคม 2564 เช้า (8.00 - 9.00 น.) บ่าย (13.00 - 13.30 น.)
 วันอาทิตย์ที่ 18 กรกฎาคม 2564

ส่วนที่ 1 อุดมภูมิกาย วัดได้ องศาเซลเซียส ไม่มีไข้ มีไข้

ส่วนที่ 2 ท่านมีอาการทางระบบทางเดินหายใจต่อไปนี้หรือไม่

- | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. ไอ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
| 2. มีน้ำมูก | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
| 3. เจ็บคอ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
| 4. จมูกไม่ได้กลิ่น | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
| 5. ลิ้นไม่รับรส | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
| 6. หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ให้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้รับการคัดกรอง)

ส่วนที่ 3

การแปลผลการคัดกรอง และการอนุญาตเข้าห้องสอบ

- ไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ (มีไข้และตอบ มี ในส่วนที่ 2 ข้อใดข้อหนึ่ง)
- อยู่ในดุลยพินิจของประธานฯ คุมสอบ (ตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งในส่วนที่ 2)
- อนุญาตให้เข้าห้องสอบ (ไม่มีไข้และตอบ ไม่มี ทุกข้อ)

ลงชื่อ

(.....) (กรรมการคุมสอบ)

การพิจารณาของประธานคณะกรรมการคุมสอบ

- อนุญาตให้เข้าห้องสอบ ไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

(.....) (ประธานกรรมการคุมสอบ)