



## เรื่องแจ้งจากกลุ่มงานประกันสุขภาพ

ลำดับ	ประเด็นสำคัญ	กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง								
1	<p>แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19</p> <p style="text-align: center;"><b>ร่างเกณฑ์การพิจารณา</b></p> <p><b>1 เป็นคนไทย ทุกสิทธิ</b></p> <p>เป็นบุคคลที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ทางภาครัฐจัดหาให้โดยมีเอกสารรับรองการฉีด และเอกสารรับรองทางการแพทย์ หรือเอกสารการสอบสวนโรคที่ระบุถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19</p> <p><b>2 เป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรง (serious/rare AEFI)</b> หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการบริหารจัดการวัคซีน (Immunization error-related reaction) หรือ ปฏิกิริยาที่ยังไม่มีหลักฐานแน่นชัดว่าเกิดจากวัคซีน แต่อาจพบร่วมได้อยู่มาก (Adverse Events of Special Interest ; AESI หรืออาการไม่พึงประสงค์แบบชั่วคราวจากการตอบสนองทางระบบประสาท (Immunization stress-related responses ; ISRR))</p> <p><b>3 เป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดปานกลางหรือไม่รุนแรง</b></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">* กรณีผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา กรณีผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา</p> <p style="text-align: center;"><b>ประเภทความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ประเภทความเสียหาย</th> <th>(ร่าง)อัตราจ่าย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) เสียชีวิตหรือพุพลาภอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต</td> <td>ตั้งแต่ 240,000 - 400,000 บาท</td> </tr> <tr> <td>(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต</td> <td>ตั้งแต่ 100,000 - 240,000 บาท</td> </tr> <tr> <td>(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน</td> <td>(รายละเอียดหน้าต่อไป) ไม่เกิน 100,000 บาท</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>หมายเหตุ :</b> กรณีเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือผู้ทารายได้หลัก กรรมการสามัญน้ำเรื่องเศรษฐกิจครอบครัวมาพิจารณาให้เพิ่มเติมได้อีกไม่เกิน 20% ของเงินที่เยียวยา (เมื่อรวมทั้งหมดต้องไม่เกินเพดานสูงสุดในแต่ละประเภทความเสียหาย)</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">* กรณีผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา</p>	ประเภทความเสียหาย	(ร่าง)อัตราจ่าย	(1) เสียชีวิตหรือพุพลาภอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต	ตั้งแต่ 240,000 - 400,000 บาท	(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	ตั้งแต่ 100,000 - 240,000 บาท	(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน	(รายละเอียดหน้าต่อไป) ไม่เกิน 100,000 บาท	
ประเภทความเสียหาย	(ร่าง)อัตราจ่าย									
(1) เสียชีวิตหรือพุพลาภอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต	ตั้งแต่ 240,000 - 400,000 บาท									
(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	ตั้งแต่ 100,000 - 240,000 บาท									
(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน	(รายละเอียดหน้าต่อไป) ไม่เกิน 100,000 บาท									



## ประเภทความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ

ประเภทความเสียหาย	(ร่าง)อัตราจ่าย
(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.1) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิด serious/rare AEFI หรือ Immunization error-related reaction หรือ Adverse Events of Special Interest ; AESI หรือ Immunization stress-related responses ; ISRR	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.1.1) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือรักษา* 1-3 วัน	ไม่เกิน 3,000 บาท
3.1.2) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยปานกลาง หรือ รักษา* 4-7 วัน	ไม่เกิน 7,000 บาท
3.1.3) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยมาก หรือ รักษา* 8-20 วัน	ไม่เกิน 20,000 บาท
3.1.3) อาการไม่พึงประสงค์ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่องรุนแรง หรือ รักษา* เกิน 20 วัน แต่ไม่ถึงพิการ หรือเสียชีวิต	ไม่เกิน 100,000 บาท
3.2) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดพบได้บ่อย/ไม่รุนแรง (Mild/common AEFI) ที่แพทย์ลงความเห็นให้หยุดงาน > 3 วัน	ไม่เกินวันละ 500 บาท



หมายเหตุ รักษา\* คือ วันที่ต้องนอนรักษาตัวใน รพ. และนับรวมถึงวันที่แพทย์ระบุให้ล้าพักไม่สามารถปฏิบัติงานได้ (สูญเสียรายได้)  
หันนี้เป็นการพิจารณาตามอาชีพหรือกิจกรรมเป็นองค์ประกอบร่วม เช่น ข้าราชการที่ได้รับเงินคือนแม่ล้าป่วย

### แนวทางการขอรับเงินช่วยเหลือ

1. ผู้ยื่นคำร้อง : - ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย / ทายาท / ผู้อุปการะ
  - หน่วยบริการ รายบุคคล/รายกลุ่ม
2. สถานที่ยื่นคำร้อง : 1.โรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแล
  - 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)
  - 3.สปสช. เขต
3. คำร้องที่ยื่นมาแล้ว สปสช.เขต ต้องดำเนินการพิจารณาให้แล้วเสร็จ **ภายใน 5 วัน**  
(นับจากวันที่ได้รับคำร้อง)
4. หลังจากพิจารณาเสร็จ สปสช. เขต ดำเนินการเบิกจ่ายให้กับผู้ยื่นคำร้อง  
**ให้แล้วเสร็จ ภายใน 5 วัน (สปสช.เขต 2 วัน + สบก.3 วัน)**

แบบฟอร์ม

เอกสารแนบท้าย

#### แบบสอบถามอาการหลักได้รับการรักษาพยาบาล (AEFI)

(กรณีที่ AEFI ไม่ใช่ สาเหตุ ที่สำคัญที่สุด ให้เขียนไว้ในช่อง “สาเหตุอื่นๆ”)

<b>(1) ข้อมูลผู้ป่วย</b>		<b>(2) ข้อมูลผู้ดูแล</b>																																																																																																																																																																																																																																																					
ชื่อผู้ป่วย / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา	ชื่อผู้ดูแล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา	ชื่อผู้ดูแล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา	ชื่อผู้ดูแล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา																																																																																																																																																																																																																																																				
ชื่อสกุล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา	ชื่อสกุล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา	ชื่อสกุล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา	ชื่อสกุล / ชื่อเด็ก / ชื่อแม่ / ชื่อพ่อ / ชื่อสามี / ชื่อภรรยา																																																																																																																																																																																																																																																				
<b>(3) อาการที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่สำคัญที่สุด</b>																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Red</td> <td><input type="checkbox"/> Yellow</td> <td><input type="checkbox"/> Green</td> <td><input type="checkbox"/> Blue</td> <td><input type="checkbox"/> Purple</td> <td><input type="checkbox"/> Orange</td> <td><input type="checkbox"/> Pink</td> <td><input type="checkbox"/> Black</td> <td><input type="checkbox"/> White</td> <td><input type="checkbox"/> Brown</td> <td><input type="checkbox"/> Grey</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itches</td> <td><input type="checkbox"/> Fever</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fainting</td> <td><input type="checkbox"/> Hypertension</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Seizure</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fatigue</td> <td><input type="checkbox"/> Malaise</td> <td><input type="checkbox"/> Drowsiness</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Abdominal pain</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma</td> <td><input type="checkbox"/> Malaria</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fever &amp; SHF</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><b>(4) อาการที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่สำคัญที่สอง</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Red</td> <td><input type="checkbox"/> Yellow</td> <td><input type="checkbox"/> Green</td> <td><input type="checkbox"/> Blue</td> <td><input type="checkbox"/> Purple</td> <td><input type="checkbox"/> Orange</td> <td><input type="checkbox"/> Pink</td> <td><input type="checkbox"/> Black</td> <td><input type="checkbox"/> White</td> <td><input type="checkbox"/> Brown</td> <td><input type="checkbox"/> Grey</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itches</td> <td><input type="checkbox"/> Fever</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fainting</td> <td><input type="checkbox"/> Hypertension</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Seizure</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fatigue</td> <td><input type="checkbox"/> Malaise</td> <td><input type="checkbox"/> Drowsiness</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Abdominal pain</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma</td> <td><input type="checkbox"/> Malaria</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fever &amp; SHF</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><b>(5) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สำคัญที่สุด</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>วันที่</td> <td>อาการ</td> <td>อาการ</td> <td>อาการ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td><input type="checkbox"/> 11</td> <td><input type="checkbox"/> 12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13</td> <td><input type="checkbox"/> 14</td> <td><input type="checkbox"/> 15</td> <td><input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17</td> <td><input type="checkbox"/> 18</td> <td><input type="checkbox"/> 19</td> <td><input type="checkbox"/> 20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21</td> <td><input type="checkbox"/> 22</td> <td><input type="checkbox"/> 23</td> <td><input type="checkbox"/> 24</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 25</td> <td><input type="checkbox"/> 26</td> <td><input type="checkbox"/> 27</td> <td><input type="checkbox"/> 28</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 29</td> <td><input type="checkbox"/> 30</td> <td><input type="checkbox"/> 31</td> <td><input type="checkbox"/> 32</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Yellow	<input type="checkbox"/> Green	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> Purple	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Pink	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Brown	<input type="checkbox"/> Grey	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Itches	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Drowsiness	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fever & SHF	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<b>(4) อาการที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่สำคัญที่สอง</b>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Red</td> <td><input type="checkbox"/> Yellow</td> <td><input type="checkbox"/> Green</td> <td><input type="checkbox"/> Blue</td> <td><input type="checkbox"/> Purple</td> <td><input type="checkbox"/> Orange</td> <td><input type="checkbox"/> Pink</td> <td><input type="checkbox"/> Black</td> <td><input type="checkbox"/> White</td> <td><input type="checkbox"/> Brown</td> <td><input type="checkbox"/> Grey</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itches</td> <td><input type="checkbox"/> Fever</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fainting</td> <td><input type="checkbox"/> Hypertension</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Seizure</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fatigue</td> <td><input type="checkbox"/> Malaise</td> <td><input type="checkbox"/> Drowsiness</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Abdominal pain</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma</td> <td><input type="checkbox"/> Malaria</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fever &amp; SHF</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Yellow	<input type="checkbox"/> Green	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> Purple	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Pink	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Brown	<input type="checkbox"/> Grey	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Itches	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Drowsiness	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fever & SHF	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<b>(5) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สำคัญที่สุด</b>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>วันที่</td> <td>อาการ</td> <td>อาการ</td> <td>อาการ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td><input type="checkbox"/> 11</td> <td><input type="checkbox"/> 12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13</td> <td><input type="checkbox"/> 14</td> <td><input type="checkbox"/> 15</td> <td><input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17</td> <td><input type="checkbox"/> 18</td> <td><input type="checkbox"/> 19</td> <td><input type="checkbox"/> 20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21</td> <td><input type="checkbox"/> 22</td> <td><input type="checkbox"/> 23</td> <td><input type="checkbox"/> 24</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 25</td> <td><input type="checkbox"/> 26</td> <td><input type="checkbox"/> 27</td> <td><input type="checkbox"/> 28</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 29</td> <td><input type="checkbox"/> 30</td> <td><input type="checkbox"/> 31</td> <td><input type="checkbox"/> 32</td> </tr> </table>				วันที่	อาการ	อาการ	อาการ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32
<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Yellow	<input type="checkbox"/> Green	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> Purple	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Pink	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Brown	<input type="checkbox"/> Grey	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Itches	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Drowsiness	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fever & SHF	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<b>(4) อาการที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่สำคัญที่สอง</b>																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Red</td> <td><input type="checkbox"/> Yellow</td> <td><input type="checkbox"/> Green</td> <td><input type="checkbox"/> Blue</td> <td><input type="checkbox"/> Purple</td> <td><input type="checkbox"/> Orange</td> <td><input type="checkbox"/> Pink</td> <td><input type="checkbox"/> Black</td> <td><input type="checkbox"/> White</td> <td><input type="checkbox"/> Brown</td> <td><input type="checkbox"/> Grey</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itches</td> <td><input type="checkbox"/> Fever</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fainting</td> <td><input type="checkbox"/> Hypertension</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Seizure</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fatigue</td> <td><input type="checkbox"/> Malaise</td> <td><input type="checkbox"/> Drowsiness</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td><input type="checkbox"/> Abdominal pain</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma</td> <td><input type="checkbox"/> Malaria</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fever &amp; SHF</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness</td> <td><input type="checkbox"/> Headache</td> <td><input type="checkbox"/> Rash</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Cough</td> <td><input type="checkbox"/> Sore throat</td> <td><input type="checkbox"/> Runny nose</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Yellow	<input type="checkbox"/> Green	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> Purple	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Pink	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Brown	<input type="checkbox"/> Grey	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Itches	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Drowsiness	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Fever & SHF	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Red	<input type="checkbox"/> Yellow	<input type="checkbox"/> Green	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> Purple	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Pink	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Brown	<input type="checkbox"/> Grey	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Itches	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Drowsiness	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fever & SHF	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Runny nose	<input type="checkbox"/> Other																																																																																																																																																																																																																																												
<b>(5) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สำคัญที่สุด</b>																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>วันที่</td> <td>อาการ</td> <td>อาการ</td> <td>อาการ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td><input type="checkbox"/> 11</td> <td><input type="checkbox"/> 12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13</td> <td><input type="checkbox"/> 14</td> <td><input type="checkbox"/> 15</td> <td><input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17</td> <td><input type="checkbox"/> 18</td> <td><input type="checkbox"/> 19</td> <td><input type="checkbox"/> 20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21</td> <td><input type="checkbox"/> 22</td> <td><input type="checkbox"/> 23</td> <td><input type="checkbox"/> 24</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 25</td> <td><input type="checkbox"/> 26</td> <td><input type="checkbox"/> 27</td> <td><input type="checkbox"/> 28</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 29</td> <td><input type="checkbox"/> 30</td> <td><input type="checkbox"/> 31</td> <td><input type="checkbox"/> 32</td> </tr> </table>				วันที่	อาการ	อาการ	อาการ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32																																																																																																																																																																																																																
วันที่	อาการ	อาการ	อาการ																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32																																																																																																																																																																																																																																																				

2	<p>ตามนโยบายยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ "ประชาชนที่เข้ามารับบริการ กับหมอประจำครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้" เขตสุขภาพที่ 6 ท่าน ผศ.ดร.มี กำหนดจะเริ่มใช้นโยบายนี้ ตั้งแต่ 1 กค.2564 เป็นต้นไป และ สปสช.มีหน้าที่ต้องพัฒนาระบบทั้งหมดให้สามารถให้บริการแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่อง การขอ Authentication code ระดับ รพ.สต.</p> <p>สปสช. จะขอให้ จังหวัดตราดเป็นจังหวัดนำร่อง ในการขอ authen code ระดับ รพ.สต.</p> <p>สิ่งที่ รพ.สต.ต้องเตรียม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เครื่องอ่าน smartcard</li> <li>2. โปรแกรม ลงทะเบียน (Authentication)</li> <li>3. โปรแกรม eclaim</li> </ol> <p>โดย สปสช. จะจัดอบรมการใช้งานโปรแกรม eclaim และการขอ authencode ผ่าน ระบบ zoom กำหนดจัดอบรมผ่านระบบทางไกล ในวันที่ 24 มิย.2564</p>	
---	--	--