

ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

INTERNATIONAL COMMUNICABLE DISEASE CONTROL OFFICE, THAILAND

ข้อมูลการเดินทาง/ Travel info

ประเภทพาหนะ/Kind of conveyance: \_\_\_\_\_

เที่ยวบินที่/Fight No: \_\_\_\_\_ จาก/From: \_\_\_\_\_ ถึง/To: \_\_\_\_\_ หมายเลขที่นั่ง/Seat No.: \_\_\_\_\_

วันที่/เดือน/พ.ศ.(Date/Month/Year): \_\_\_\_\_

ข้อมูลส่วนตัว/ Personal information

ชื่อ-นามสกุล/Name in full: \_\_\_\_\_

สัญชาติ/Nationality: \_\_\_\_\_ อายุ/Age: \_\_\_\_\_ เพศ/Sex: \_\_\_\_\_ อาชีพ/Occupation: \_\_\_\_\_

ข้อมูลอื่นๆ/Other information

หนังสือเดินทางเลขที่/Passport No.: \_\_\_\_\_

ที่พักในประเทศไทย/Address in Thailand: \_\_\_\_\_

กรุณาระบุชื่อประเทศต่างๆ ที่ท่านได้อาศัยอยู่ภายในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาถึงประเทศไทย/Please list the name of the countries where you stayed within two weeks before arrival

ท่านมีอาการเหล่านี้ หรือเคยมีมาก่อนภายในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาถึงประเทศไทย/If you have had any of the following symptoms within two weeks before arrival

- อุจจาระร่วง (ท้องเดิน)/Diarrhoea
  - อาเจียน/vomiting
  - ปวดท้อง/Abdominal pain
  - ไข้/Fever
  - ผื่นตามร่างกาย/Rash
  - ปวดศีรษะ เจ็บคอ/Headache
  - ดีซ่าน/Jaundice
  - ไอหรือหายใจลำบาก/Coughs and shortness of breath
  - ต่อมน้ำเหลืองโต ไซ้ต้นบวม ปวด/ Entarged lymph glands or tender lumph
- อื่นๆ (ระบุ) /Other \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง

I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge

ลงชื่อ/Signal: \_\_\_\_\_ วันที่/เดือน/พ.ศ.(Date/Month/Year): \_\_\_\_\_