Chingchai Wanidworanun, MD, PLLC 4001 9th Street North, Suite 228 Arlington, Virginia 22203

COVID-19 Screening Questions คำถามสำรวจโรคระบาด โควิด-19

Dear Patients, it is necessary for us to screen you for possible COVID-19 infection.
หมอจะต้องสอบถามเรื่องโรคระบาด โควิด-19
First, please write down your name and date:
กรุณากรอก ชื่อ นามสกุล วันที่ปัจจุบัน

Phone: 703-387-0999

Fax: 703-387-0911

www.DrWanid.com

Name <u>ชื่อ นามสกุล</u>	Today's Date
Then, please mark X in front of Yes, o Yes ถ้าไม่ใช่ กากบาท X หน้าคำตอบว่า No	$x ext{No}$ กรุณาตอบคำถามทั้งหมดต่อไปนี้ ถ้าใช่ กากบาท X หน้าคำตอบว่า
In the past 14 days, ในเวลา 14 วันที่เ	ผ่านมา,
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe	rienced: FEVER? คุณมีไข้ตัวร้อนหรือไม่
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe ผิดปรกติ	rienced: LOSS OF SMELL AND/OR TASTE? การได้กลิ่นรับรส
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe	rienced a persistent: DRY COUGH? มีไอแห้งๆ
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe	rienced: SHORTNESS OF BREATH? หายใจไม่พอ
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe	rienced: CHILLS OR SHAKING? หนาวสั่น
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe	rienced: VOMITING OR DIARRHEA? คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you expe	rienced: MUSCLE ACHES AND PAINS? ปวดกล้ามเนื้อ
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you or so INTERNATIONALLY OR DOMESTICA	meone you are in close contact with: TRAVELED ALLY? บินระหว่างประเทศ หรือในประเทศ
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you or so COVID-19? ในบ้านเดียวกันกับคุณ มีคนตรว	meone you are in close contact with: TESTED POSITIVE FOR จเจอ โควิด-19
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you or so FOR COVID-19? คุณหรือคนใกล้ชิด มีการส่	meone you are in close contact with: TESTED NEGATIVE ชัมผัสกับคนเป็น โควิด-19
Yes ใช่No ไม่ใช่ Have you or so TEST RESULTS? คุณหรือคนใกล้ชิด กำลัง	meone you are in close contact with: AWAITING COVID-19 งรอผลตรวจ โควิด-19
	meone you are in close contact with been: ORDERED BY A DSSIBLE COVID-19 EXPOSURE? คุณหรือคนใกล้ชิด เพิ่งโดน 9