



แบบฟอร์มเซ็นยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
สำหรับบุคลากร ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ข้าพเจ้า (นาย นาย นางสาว)..... ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
หรือเป็นผู้เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) ที่จำเป็นต้องได้รับการแยกกักตัวเป็นเวลา 14 วัน ตามแนวทางการเฝ้าระวังและ
สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะขอแยกกักตัวเองที่บ้าน
เนื่องจาก...../หรือ
ณ บ้านเลขที่..... โทรศัพท์.....

โดยข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ตาม
คำแนะนำสำหรับการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลในบ้าน และปฏิบัติ
ตามคำแนะนำสำหรับการกักตัวของผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูง โดยสังเกตอาการเริ่มป่วย ณ ที่พักอาศัย (Home quarantine)
ดังเอกสารแนบท้ายทุกประการ

หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้เซ็นยินยอม

ลงชื่อ.....
(.....)

แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน