



แบบบันทึกการเดินทางของนักศึกษา (Time Line) ก่อนเข้ามหาวิทยาลัยฯ 14 วัน  
ตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19)

ของมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชัยภูมิ

\*\*\*\*\*

1. สังกัด  คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ  คณะศิลปศาสตร์  คณะศึกษาศาสตร์
2. ชั้นปีที่  ปี 1  ปี 2  ปี 3  ปี 4  ปี 5
3. ชื่อ – สกุล (นักศึกษา).....
4. รหัสนักศึกษา.....หมายเลขโทรศัพท์.....
5. เดินทางมาจากจังหวัด.....  
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
6. ชื่อ – สกุล (ผู้ปกครอง).....หมายเลขโทรศัพท์.....
7. บันทึกการเดินทางของนักศึกษา (Time Line) ก่อนเข้ามหาวิทยาลัยฯ 14 วัน

ลำดับ	วัน/เดือน/ปี	สถานที่	วิธีการเดินทาง	ผู้ร่วมเดินทาง	หมายเหตุ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นักศึกษา

(.....)

หมายเหตุ: ให้นักศึกษากรอกรายละเอียดและนำแบบบันทึกการเดินทาง 14 วันส่งที่คณะวิชาในวันเดินทางเข้ามหาวิทยาลัย



## แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชื่อ-สกุล.....คณะ.....ชั้นปี.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของแต่ละข้อคำถาม โดยไม่ปกปิดข้อมูล ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในมหาวิทยาลัย

ประวัติเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่
1. ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศ หรือพบปะผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ		
2. ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเดินทางไปในพื้นที่ควบคุมสูงสุดหรือสีแดง หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุดหรือสีแดง ตามประกาศของหน่วยงานราชการ		
3. ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ /ผับ/บาร์/คลับ โดยร่วมรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม นานเกิน 15 นาที และ/หรือทำกิจกรรมที่ไม่ได้เว้นระยะห่าง (Social Distancing)		
4. ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คนรอบข้างอย่างน้อย 1 คนขึ้นไป มีอาการไข้ ไอ น้ำมูก หอบเหนื่อย จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง มีผื่นขึ้น อย่างใดอย่างหนึ่ง		
5. ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คนที่อาศัยในบ้านเดียวกับท่าน ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยหรือติดเชื้อโรคโควิด-19 และท่านอยู่ใกล้กับผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เมตร นานเกิน 5 นาที		
6. ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าตลอดเวลาที่พบปะ พูดคุย กับบุคคลอื่น และเมื่อเดินทางไปในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน		
<b>อาการสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</b>		
1. ท่านมีไข้ ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป		
2. ท่านมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
• ไอ		
• มีน้ำมูก		
• เจ็บคอ		
• หายใจเร็ว / หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก		
• จมูกไม่ได้กลิ่น		
• ลิ้นไม่รับรส		
• ตาแดง		
• มีผื่นขึ้น		

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นักศึกษา

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง .....(อสม./สาธารณสุข/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ปกครอง)

หมายเหตุ: ให้นักศึกษานำแบบคัดกรองส่งที่คณะวิชาในวันเดินทางเข้ามหาวิทยาลัยพร้อมแนบ Timeline 14 วัน