

แบบสอบถามทางสุขภาพเพื่อการคัดกรองโรค COVID-19
 ก่อนการเข้าร่วมประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2563 บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา แคปปิตอล จำกัด (มหาชน)
 ตามที่พบการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส COVID-19 บริษัทมีมาตรการในการคัดกรองโรค
 เบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม จึงขอความร่วมมือท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามด้านล่างนี้

ชื่อ และ นามสกุล	
หมายเลขโทรศัพท์	

1. ท่านมีอาการเจ็บป่วยเหล่านี้ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่? กรุณาวางกลมตามอาการที่ปรากฏ

ใช่ / ไม่ใช่	ใช่ / หนาวสั่น	ใช่ / ไม่ใช่	อาการไอแห้งๆ / ไอมีเสมหะ
ใช่ / ไม่ใช่	หายใจตื่นเร็ว / หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก	ใช่ / ไม่ใช่	เจ็บคอ
ใช่ / ไม่ใช่	ปวดเมื่อยตามตัว	ใช่ / ไม่ใช่	มีน้ำมูก

2. ท่านเข้าพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือติดต่อบุคคลที่มีความเสี่ยงดังต่อไปนี้หรือไม่?

ท่านได้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาล หรือผู้ต้องสงสัยที่อยู่ภายใต้การตรวจสอบการติดเชื้อโรค COVID-19 หรือไม่	ใช่ / ไม่ใช่
ท่านได้ไปสถานที่เหล่านี้มาหรือไม่? โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง	ใช่ / ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> ร้านอาหาร (ยกเว้นการซื้ออาหารเพื่อนำกลับไปบริโภคที่อื่น) <input type="checkbox"/> ห้างสรรพสินค้า (ยกเว้นซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านขายยา หรือร้านขายสินค้าเบ็ดเตล็ดที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ร้านอาหารที่ซื้อกลับไปรับประทานที่บ้าน) <input type="checkbox"/> ตลาดและตลาดนัด (ยกเว้นการซื้ออาหารสด อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จ เพื่อนำกลับไปบริโภคที่อื่น อาหารสัตว์ ร้านขายยา และสินค้าเบ็ดเตล็ดที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต) <input type="checkbox"/> ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม <input type="checkbox"/> สถานที่บริการสักผิวหนัง หรือเจาะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย <input type="checkbox"/> สถานที่เล่นสเก็ต หรือโรลเลอร์เบลด <input type="checkbox"/> สวนสนุก สถานที่เล่นโบว์ลิ่ง หรือตุ้ยม <input type="checkbox"/> ร้านเกม และร้านอินเทอร์เน็ต <input type="checkbox"/> สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกซ้อมกอล์ฟ <input type="checkbox"/> สระว่ายน้ำ <input type="checkbox"/> สนามชนไก่ และสนามซ้อมชนไก่	<input type="checkbox"/> ศูนย์พระเครื่อง พระบูชา และสนามพระเครื่องพระบูชา <input type="checkbox"/> ศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์ประชุม และสถานที่จัดนิทรรศการ <input type="checkbox"/> สถานศึกษาทุกระดับ และสถาบันกวดวิชา <input type="checkbox"/> สถานที่ให้บริการควบคุมน้ำหนัก คลินิกความงามและสถานเสริมความงาม <input type="checkbox"/> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ร้านสปา ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ร้านนวดเพื่อเสริมความงาม) <input type="checkbox"/> สถานที่ให้บริการสปา อาบน้ำ ดัดขน รับเลี้ยงหรือรับฝากสัตว์ <input type="checkbox"/> สถานประกอบการกิจการอาบ อบ นวด <input type="checkbox"/> สถานประกอบการกิจการอาบน้ำ อบไอน้ำ อบสมุนไพร <input type="checkbox"/> โรงมหรสพ โรงภาพยนตร์ โรงละคร <input type="checkbox"/> สถานที่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สถานบริการและสถานประกอบการที่คล้ายสถานบริการ <input type="checkbox"/> สนามมวย และโรงเรียนสอนมวย <input type="checkbox"/> สนามกีฬา <input type="checkbox"/> สนามม้า

3. โปรดระบุชื่อจังหวัดกรณีพำนักในประเทศไทย หรือชื่อเมืองและประเทศที่ท่านพำนักอาศัยในช่วง 14 วันที่ผ่านมาในช่องตารางข้างล่าง

--

ลายเซ็น _____ วันที่ _____