

**แบบสอบถามสำหรับคัดกรองโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)**

**COVID-19 Screening Questionnaire**

บริษัทจะประมวลผลข้อมูลตามแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากโรคโควิด-19  
สำหรับการประชุมสามัญผู้ถือหุ้นประจำปี 2563

The Company processes this questionnaire to prevent the risks and outbreak of COVID-19 in the 2020 AGM.

ชื่อ-สกุล (Name-Surname)	โทร (Tel)
<input type="checkbox"/> ผู้ถือหุ้น (Shareholder)	<input type="checkbox"/> ผู้รับมอบอำนาจ (Proxy Holder)

**1 ปัจจุบัน ท่าน/คู่สมรส/บุคคลใกล้ชิด มีอาการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ ใช่หรือไม่**

Do you or your spouse and family members currently have any of the following symptoms?

1. มีไข้ตั้งแต่ 37.5 °C (Having a fever over 37.5 °C)	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
2. ไอ / เจ็บคอ (Coughing / Sore throat)	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
3. มีน้ำมูก (Runny nose)	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
4. ไม่ได้กลิ่น (Loss of sense of smell)	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
5. หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก (Shortness of breath or difficulty breathing)	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)

**2 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่าน/คู่สมรส/บุคคลใกล้ชิดมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ใช่หรือไม่**

During the past 14 days, do you or your spouse and family members have any of the following activities?

1. เดินทางไปต่างประเทศ/ต่างจังหวัด ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 Traveled to or from countries or provinces affected by the COVID-19 outbreak	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
2. สัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโควิด-19 Contacted with confirmed COVID-19 case.	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)
3. ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก Engaging in occupations related to tourists crowded place or in contact with many people.	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (No)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงและถูกต้อง

I hereby certify that the above information is true and accurate.

ลงชื่อ (Signed) \_\_\_\_\_

**สำหรับเจ้าหน้าที่ ( For the Officer)**

<input type="checkbox"/> ไม่เข้าข่ายต้องสงสัย No suspicion	<input type="checkbox"/> มีเหตุอันควรสงสัยว่าติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล/สถานพยาบาลที่บริษัทกำหนดเพื่อวินิจฉัยโรคและปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์โดยเคร่งครัด Reasonable suspicion of infection with COVID-19. Recommend patients to visit doctor at clinic to diagnose and strictly comply with doctor's instruction.
---	---