**แบบประเมินความเสี่ยงผู้เข้าพักสำหรับผู้ประกอบการโรงแรมและกิจการให้เช่าที่พัก**

**ตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จ.สระแก้ว**

ชื่อโรงแรม/กิจการให้เช่าที่พัก.................................................

ที่ตั้ง........................................................................................

วันที่............เดือน..........................พ.ศ. ................................

1.ชื่อผู้เดินทาง .............................................. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง………………………………อายุ........ปี สัญชาติ............. **เดินทางมาจาก** บ้านเลขที่...........หมู่ที่............ ตำบล.................................. อำเภอ................................. จังหวัด .......................... หมายเลขโทรศัพท์ ...........................

2. เข้าพักในวันที่.............เดือน............................พ.ศ..............ถึงวันที่ .......... เดือน.............................พ.ศ. ................... รวม ..............วัน ..............คืน เพื่อ......................................................................................................................................................... วัดอุณหภูมิร่างกายได้ ......... องศาเซลเซียส

**3. ในช่วงเวลา 14 วันก่อนเข้าพัก เคยมีประวัติต่าง ๆ ดังนี้**

3.1 🞎 ไม่เคย 🞎 เคยเดินทางไปยัง หรือ มาจากต่างประเทศ ไม่ว่าจะผ่านช่องทางใดก็ตาม

(ถ้าเคย ให้ระบุ ) .................................................................................................................................................................................

3.2 🞎 ไม่เคย 🞎 เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น มีผู้ป่วยร่วมบ้าน

ที่ทำงาน (ถ้าเคย ให้ระบุ ) ...................................................................................................................................................................

3.3 🞎 ไม่เคย 🞎 นอกจากจังหวัดที่เดินทางมาจากตามข้อ 1 เคยเดินทางไปยัง หรือ มาจากจังหวัดใดบ้าง ในรอบ 14 วัน ก่อนเข้าพักครั้งนี้ (ถ้าเคยให้ระบุจังหวัด ).................................................................................................................

3.4 🞎 ไม่เคย 🞎 ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับ นักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือ ติดต่อกับคนจำนวนมาก

(ถ้าเกี่ยวข้อง ให้ระบุ )..........................................................................................................................................................................

3.5 🞎 ไม่เคย 🞎 เคยไปในสถานที่ชุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือ ขนส่งสาธารณะ (ถ้าเคย ให้ระบุ ) ........................................................................................................................

|  |
| --- |
| ลงชื่อ...........................................ผู้เดินทาง/ให้ข้อมูล |
| (............................................)  ...........................................................................................................................................**สำหรับโรงแรมหรือกิจการให้เช่าที่พัก** |

**ได้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรค COVID-19 ดังนี้**

🞎 จัดให้มีจุดคัดกรอง บริเวณ เข้า - ออก โรงแรมหรือสถานที่พัก

🞎 จัดให้มี แอลกอฮอล์ เจล หรือ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค สำหรับผู้เข้าพัก

🞎 จัดให้มี การเว้นระยะนั่งหรือยืน ห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร เพื่อป้องกันการติดต่อ หรือแพร่เชื้อโรค

🞎 จัดให้เจ้าหน้าที่ ผู้ใช้บริการหรือผู้เข้าพัก สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า

🞎 จัดให้มีการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ใช้บริการหรือผู้เข้าพัก ทุกวัน

🞎 จัดให้ผู้เข้าพัก **ติดตั้งและลงทะเบียน Application : AOT ในโทรศัพท์มือถือ**

|  |
| --- |
| ลงชื่อ..............................................เจ้าหน้าที่โรงแรม/ผู้รายงาน |
| (..............................................) |

**ให้ผู้เดินทางติดตั้งและลงทะเบียน Application นี้ ในโทรศัพท์**

 **หรือ** 

**AOT Airports**

**Andriod **

**AOT Airports**

**IOS **

**หมายเหตุ 1.แบบฟอร์มนี้** ให้ผู้ประกอบการจัดทำและรวบรวมส่ง**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบ** ทุกวันที่มี ผู้เข้าพักรายใหม่ ตามช่องทางที่กำหนดร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น **Line Application 2.หากพบว่า** เจ้าหน้าที่ ผู้ใช้บริการหรือผู้เข้าพัก **มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป**หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ให้รีบแจ้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบทันที