

นักเรียน เพศชาย

แบบฟอร์มกรอกข้อมูลการฉีดวัคซีน
ศูนย์ฉีดวัคซีน COVID-19 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



- กลุ่มเป้าหมาย
- ☐ นักเรียนสาธิต มศว
- ☐ นักเรียน.....

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ HN/ชื่อ-สกุล
ผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19

ผู้รับบริการกรณกรอกเอกสารส่วนนี้

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน) :อายุ:ปี เบอร์โทรศัพท์:
วัน/เดือน/ปี เกิด:เลขที่บัตรประชาชน (13หลัก) :
ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง: เบอร์โทรศัพท์:

น้ำหนัก:กก. ส่วนสูง:ซม. อุณหภูมิ.....°C
ประวัติแพ้ยา: ☐ ไม่มี ☐ แพ้..... โรคประจำตัว :

เอกสารส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

ชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที LMP.....
ค่าความดันโลหิตตัวบน.....ตัวล่าง.....mmHg

ผู้ฉีด.....พยาบาล เวลา.....น.

สติ๊กเกอร์ LOT Vaccine

การสังเกตอาการ:

- ☐ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์
- ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์
-
-
-

ลงชื่อ เภสัชกร
ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
ลงชื่อ ผู้บันทึกข้อมูล

ห้ามนำเอกสารนี้ออกนอกสถานที่
(กรุณานำส่งคืนเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง)

นักเรียน เพศหญิง

แบบฟอร์มกรอกข้อมูลการฉีดวัคซีน
ศูนย์ฉีดวัคซีน COVID-19 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



- กลุ่มเป้าหมาย
- ☐ นักเรียนสาธิต มศว
- ☐ นักเรียน.....

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ HN/ชื่อ-สกุล
ผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19

ผู้รับบริการกรณกรอกเอกสารส่วนนี้

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน) :อายุ:ปี เบอร์โทรศัพท์:
วัน/เดือน/ปี เกิด:เลขที่บัตรประชาชน (13หลัก) :
ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง: เบอร์โทรศัพท์:

น้ำหนัก:กก. ส่วนสูง:ซม. อุณหภูมิ.....°C
ประวัติแพ้ยา: ☐ไม่มี ☐แพ้..... โรคประจำตัว :

เอกสารส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

ชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที LMP.....
ค่าความดันโลหิตตัวบน.....ตัวล่าง.....mmHg

ผู้ฉีด.....พยาบาล เวลา.....น.

สติ๊กเกอร์ LOT Vaccine

การสังเกตอาการ:

- ☐ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์
- ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์

ลงชื่อ เภสัชกร
ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
ลงชื่อ ผู้บันทึกข้อมูล

ห้ามนำเอกสารนี้ออกนอกสถานที่
(กรุณานำส่งคืนเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง)