

## คู่มือการจัดส่งข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เพื่อเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน จึงให้โรงพยาบาลเอกชน ส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีรายละเอียดดังนี้

๑. ส่งข้อมูลรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ **ทันที** ที่มีโรคที่ต้องเฝ้าระวังเร่งด่วน ดังนี้

๑. อหิวาตกโรค (ทุกราย)
๒. อูจจาระร่วงอย่างแรง (หรือเสียชีวิต)
๓. อาหารเป็นพิษ (เสียชีวิต, ตั้งแต่ ๒ รายจากชุมชนเดียวกันใน ๑ วัน)
๔. บิด, ไข้แอนเทอริค (เสียชีวิต, ตั้งแต่ ๒ รายจากชุมชนเดียวกันใน ๑ สัปดาห์)
๕. ตับอักเสบ (ตั้งแต่ ๒ รายจากชุมชนเดียวกันใน ๑ สัปดาห์)
๖. ไข้หวัดใหญ่ / ปอดอักเสบ ที่มีอาการรุนแรง (หรือสงสัยไข้หวัดนก)
๗. สุกใสที่มีอาการรุนแรง (หรือเสียชีวิต)
๘. ไข้กาฬหลังแอ่น (ทุกราย)
๙. กลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (AFP ทุกราย)
๑๐. หัด (ผู้ป่วยที่มีอายุ ๙ เดือน หรือ ๒๕ ปี, ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเคยได้รับวัคซีน, ผู้ป่วย ตั้งแต่ ๒ รายจากชุมชนเดียวกันใน ๓ สัปดาห์)
๑๑. คอตีบ (ทุกราย)
๑๒. ไกกรน (ทุกราย)
๑๓. บาดทะยัก, บาดทะยักในทารกแรกเกิด (ทุกราย)
๑๔. ไข้สมองอักเสบ (ทุกราย)
๑๕. ไข้เลือดออก ไข้แดงกึ่ง (ทุกราย)
๑๖. มาลาเรีย (ทุกราย)
๑๗. พิษสุนัขบ้า (ทุกราย)
๑๘. เลปโตสไปโรซิส (ทุกราย)
๑๙. สครับไทฟัส (เสียชีวิต, ตั้งแต่ ๒ รายจากชุมชนเดียวกันใน ๓ สัปดาห์)
๒๐. แอนแทรกซ์ (ทุกราย)
๒๑. ทริคิโนซิส (ทุกราย)
๒๒. มือ เท้า ปาก (ทุกราย)
๒๓. โรคเท้าช้าง (ทุกราย)
๒๔. AEFI ทุกราย (หรืออาการรุนแรง, เสียชีวิต หรือมีผู้ป่วยตั้งแต่ ๒ รายได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันใน ๔ สัปดาห์)
๒๕. ผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนไม่ทราบสาเหตุ
๒๖. ผู้ป่วยอาการรุนแรง, เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ

และรายงาน ทุก ๗ วัน ที่มีโรคที่ต้องเฝ้าระวังดังนี้

๑. Typhoid [08]
๒. Paratyphoid [09]
๓. โรคตาแดง (Hemorrhagic conjunctivitis) [14]
๔. หัดเยอรมัน [16]
๕. ไข้ หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ [18]
๖. โรคปอดบวม (Pneumonia) [31]
๗. कुดทะราดระยะติดต่อกัน [36]
๘. ชิฟิลิส ระยะประทุ.....[37]
๙. หนองใน [38]
๑๐. หนองในเทียม [39]
๑๑. แผลริมอ่อน [40]
๑๒. กามโรค[41]
๑๓. คางทูม [52]
๑๔. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ[54]
๑๕. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อพยาธิ[55]
๑๖. รับประทานเห็ดพิษ (Mushroom poisoning) [58]
๑๗. ลิซมาเนียที่อวัยวะภายใน [68]
๑๘. เมลิออยโดซิส[72]
๑๙. พิษจากการรับประทานมันสำปะหลังดิบ[73]
๒๐. ไข้ดำแดง[74]
๒๑. เถ้าช้าง[76]
๒๒. อาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน[78]
๒๓. เริ่มที่อวัยวะเพศ[79]
๒๔. หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก[80]
๒๕. พยาธิช่องคลอดโกลนที่อวัยวะเพศหูดข้าวสุกที่อวัยวะเพศ[81]
๒๖. สเต็ปไตคอสคัส ซูอิส
๒๗. บลูเซลโลซิส
๒๘. ชิคุนคุนยา
๒๙. โบทูลิซึม[85]

ให้บันทึกตามแบบฟอร์มรายงานหมายเลข ๑ หรือ แบบรายงาน ๕๐๖  
ส่งมาที่

๑. Fax ๐๓๕-๒๔๔๓๓๒ หรือ
๒. ส่งรายงาน file excel มาทาง email: [strategy4ay@gmail.com](mailto:strategy4ay@gmail.com)

๒. ส่งข้อมูลรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ **ทุก เดือน** ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป

๒.๑ จำนวนผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (คน/ครั้ง)

๒.๒ จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระบอก (คน)

๒.๓ จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม (คน)

ให้บันทึกตามแบบฟอร์มรายงานหมายเลข ๒ โดยบันทึกผู้ป่วยที่มารับบริการทุกคน **ไม่แยกพื้นที่** แยกเป็นรายเดือน ตามสิทธิการรักษา

(หากไม่มีกิจกรรมในแผนกนั้นๆโปรดแจ้งให้ทราบ และไม่ต้องรายงาน)

**ส่งมาที่**

ส่งรายงาน file excel มาทาง email: [strategy4ay@gmail.com](mailto:strategy4ay@gmail.com)

๓. ส่งข้อมูลรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ **ทุก ๓ เดือน**

เป็นรายงวด ๓ เดือน

งวดที่ ๑	๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม	ส่งข้อมูลภายใน ๑๐ มกราคม
งวดที่ ๒	๑ มกราคม - ๓๑ มีนาคม	ส่งข้อมูลภายใน ๑๐ เมษายน
งวดที่ ๓	๑ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน	ส่งข้อมูลภายใน ๑๐ กรกฎาคม
งวดที่ ๔	๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน	ส่งข้อมูลภายใน ๑๐ ตุลาคม

๓.๑ รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

ในสตรีที่มีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี

๓.๒ รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในสตรีที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ตรวจปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

หรือ ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic acid)

๓.๓ รายงานการฝากครรภ์

๓.๔ รายงานการคลอด

๓.๕ รายงานการตรวจหลังคลอด

ให้บันทึกตามแบบฟอร์มรายงานหมายเลข ๓-๗

(หากไม่มีกิจกรรมในแผนกนั้นๆโปรดแจ้งให้ทราบ และไม่ต้องรายงาน)

**ส่งมาที่**

ส่งรายงาน file excel มาทาง email: [strategy4ay@gmail.com](mailto:strategy4ay@gmail.com)

๓.๖ รายงานผู้ที่ได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน  
ในเด็ก ๐ - ๗ ปี (๖ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

ให้บันทึกตามแบบฟอร์มรายงานหมายเลข ๘

(หากไม่มีกิจกรรมในแผนกนั้นๆโปรดแจ้งให้ทราบ และไม่ต้องรายงาน)

วัคซีนที่ได้รับ\* หมายถึง วัคซีน หรือรหัส

BCG

HB1

HB2

HB3

DTP1,OPV1

DTP2,OPV2

DTP3,OPV3

MMR

DTP4

OPV4

JE1

JE2

JE3

DTP5

OPV5

หรือ

ชื่อวัคซีนภาษาอังกฤษ

ชื่อวัคซีนภาษาไทย

DTP-Hib 1

ดีทีพีฮิบ1

DTP-Hib 2

ดีทีพีฮิบ2

DTP-Hib 3

ดีทีพีฮิบ3

DTP-Hib 4

ดีทีพีฮิบ4

DTP-HB+Hib 1

ดีทีพีตับอักเสบบีฮิบ1

DTP-HB+Hib 2

ดีทีพีตับอักเสบบีฮิบ2

DTP-HB+Hib 3

ดีทีพีตับอักเสบบีฮิบ3

DTP-HB+Hib 4

ดีทีพีตับอักเสบบีฮิบ4

DTP-IPV 1

ดีทีพีไอพีวี1

DTP-IPV 2

ดีทีพีไอพีวี2

DTP-IPV 3

ดีทีพีไอพีวี3

DTP-IPV 4

ดีทีพีไอพีวี4

DTP-IPV 5

ดีทีพีไอพีวี5

DTP-IPV-Hib 1	ดีทีพีไอพีวีฮิบ1
DTP-IPV-Hib 2	ดีทีพีไอพีวีฮิบ2
DTP-IPV-Hib 3	ดีทีพีไอพีวีฮิบ3
DTP-IPV-Hib 4	ดีทีพีไอพีวีฮิบ4
DTP-IPV-Hib 5	ดีทีพีไอพีวีฮิบ5
DTP-IPV-HB-Hib1	ฮิบ1
DTP-IPV-HB-Hib2	ดีทีพีไอพีวีตับอักเสบบีฮิบ2
DTP-IPV-HB-Hib3	ดีทีพีไอพีวีตับอักเสบบีฮิบ3
DTP-IPV-HB-Hib4	ดีทีพีไอพีวีตับอักเสบบีฮิบ4
DTP-IPV-HB-Hib5	ดีทีพีไอพีวีตับอักเสบบีฮิบ5
Hib1	ฮิบ1
Hib2	ฮิบ2
Hib3	ฮิบ3
Hib4	ฮิบ4
HA1	ตับอักเสบเอ1
HA2	ตับอักเสบเอ2
HB-HA1	ตับอักเสบบี-ตับอักเสบเอ1
HB-HA2	ตับอักเสบบี-ตับอักเสบเอ2
HB-HA3	ตับอักเสบบี-ตับอักเสบเอ3
HPV1	เอชพีวี1
HPV2	เอชพีวี2
HPV3	เอชพีวี3
IPV1	ไอพีวี1
IPV2	ไอพีวี2
IPV3	ไอพีวี3
IPV4	ไอพีวี4
IPV5	ไอพีวี5
JE1 : Lived attenuated	เจอีเชื้อเป็น1
JE2 : Lived attenuated	เจอีเชื้อเป็น2
MMRV1	เอ็มเอ็มอาร์วี1
MMRV2	เอ็มเอ็มอาร์วี2
PCV-Hib1	พีซีวีฮิบ1
PCV-Hib2	พีซีวีฮิบ2
PCV-Hib3	พีซีวีฮิบ3
PCV-Hib4	พีซีวีฮิบ4

PCV1	พีซีวี1
PCV2	พีซีวี2
PCV3	พีซีวี3
PCV4	พีซีวี4

ส่งมาที่

ส่งรายงาน file excel มาทาง email: [strategy4ay@gmail.com](mailto:strategy4ay@gmail.com)

การจัดส่งข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ลำดับ	ระบบรายงาน	แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาในการส่งรายงาน	รูปแบบรายงาน	ช่องทางการส่งรายงาน
1	รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	เวชระเบียน	ทันที ที่มีโรคที่ต้องเฝ้าระวังเร่งด่วน	แฟกซ์ แบบรายงาน 506 หรือ File excel	๐๓๕-๒๔๔๓๓๒ email: strategy4ay@gmail.com
2	รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	เวชระเบียน	ทุก ๗ วัน	แฟกซ์ แบบรายงาน 506 หรือ File excel	๐๓๕-๒๔๔๓๓๒ email: strategy4ay@gmail.com
3	รายงานจำนวนผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	เวชระเบียน	ทุกเดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
4	รายงานจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก	เวชระเบียน	ทุกเดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
5	รายงานจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม	เวชระเบียน	ทุกเดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
6	รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ฐานข้อมูล	ทุก ๓ เดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
7	รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ฐานข้อมูล	ทุก ๓ เดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
8	รายงานการฝากครรภ์	ฐานข้อมูล	ทุก ๓ เดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
9	รายงานการคลอด	ฐานข้อมูล	ทุก ๓ เดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
10	รายงานการตรวจหลังคลอด	ฐานข้อมูล	ทุก ๓ เดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com
11	รายงานผู้ที่ได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ขั้นพื้นฐานในเด็ก ๐ - ๗ ปี (๖ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)	ฐานข้อมูล	ทุก ๓ เดือน	file excel	strategy4ay@gmail.com





รายงานจำนวนผู้ป่วย ปิงปวงประมาณ ..... โรงพยาบาล .....

จำนวนเครื่องไตเทียม .....เครื่อง	จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (คน/ครั้ง)										จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (คน)					จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม (คน)				
	ข้าราชการ		ประกันสังคม		UC		อปท		ข้าราชการ		ข้าราชการ	ประกันสังคม	UC	อปท	ข้าราชการ	ประกันสังคม	UC	อปท	ข้าราชการ	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง										
ตุลาคม																				
พฤศจิกายน																				
ธันวาคม																				
มกราคม																				
กุมภาพันธ์																				
มีนาคม																				
เมษายน																				
พฤษภาคม																				
มิถุนายน																				
กรกฎาคม																				
สิงหาคม																				
กันยายน																				

รายงาน วันที่

เดือน

พ.ศ.

แบบรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล ..... รายงาน วันที่  
เดือน  
พ.ศ.

- งวดที่ 1 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม
- งวดที่ 2 1 มกราคม - 31 มีนาคม
- งวดที่ 3 1 เมษายน - 30 มิถุนายน
- งวดที่ 4 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน

ลำดับ	ชื่อ*	สกุล*	เลขประชาชน*	ว ด ป เกิด*	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล*	อำเภอ*	จังหวัด*	วันที่ตรวจ*	ผล
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

\* ข้อมูลที่จำเป็น

- ชื่อไม่มีคำนำหน้า
- เลขประจำตัวประชาชน เป็นตัวเลข 13 หลัก ติดกันไม่มีเครื่องหมายคั่น
- วัน เดือน ปี เกิด เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ที่อยู่ เป็นที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่จริง
- ตำบล เป็นชื่อตำบล
- อำเภอ เป็นชื่ออำเภอ
- จังหวัด เป็นชื่อจังหวัด
- วันที่ตรวจ เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ผล ให้รายงานในงวดถัดไป เฉพาะในรายที่ผลการตรวจผิดปกติเท่านั้น

แบบรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล ..... รายงาน วันที่  
เดือน  
พ.ศ.

- งวดที่ 1 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม
- งวดที่ 2 1 มกราคม - 31 มีนาคม
- งวดที่ 3 1 เมษายน - 30 มิถุนายน
- งวดที่ 4 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน

ลำดับ	ชื่อ*	สกุล*	เลขประชาชน*	ว ด ป เกิด*	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล*	อำเภอ*	จังหวัด*	วันที่ตรวจ*	ผล*
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

\* ข้อมูลที่จำเป็น

- ตรวจปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear หรือ ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic acid)
- ชื่อไม่มีคำนำหน้า
- เลขประจำตัวประชาชน เป็นตัวเลข 13 หลัก ติดกันไม่มีเครื่องหมายคั่น
- วัน เดือน ปี เกิด เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ที่อยู่ เป็นที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่จริง
- ตำบล เป็นชื่อตำบล
- อำเภอ เป็นชื่ออำเภอ
- จังหวัด เป็นชื่อจังหวัด
- วันที่ตรวจ เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ผล/ICD10 ให้รายงานในงวดถัดไป รายงานเฉพาะในรายที่ผลการตรวจผิดปกติเท่านั้น

แบบรายงานการฝากครรภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล ..... รายงาน วันที่ .....

เดือน .....

พ.ศ. ....

- งวดที่ 1      1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม
- งวดที่ 2      1 มกราคม - 31 มีนาคม
- งวดที่ 3      1 เมษายน - 30 มิถุนายน
- งวดที่ 4      1 กรกฎาคม - 30 กันยายน

ลำดับ	ชื่อ*	สกุล*	เลขประชาชน*	ว ต ป เกิด*	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล*	อำเภอ*	จังหวัด	วันที่ตรวจ*	LMP*	EDC*	GPA*	อายุครรภ์(สัปดาห์)*
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

- \* ข้อมูลที่จำเป็น
- ชื่อไม่มีคำนำหน้า
  - เลขประจำตัวประชาชน เป็นตัวเลข 13 หลัก ติดกันไม่มีเครื่องหมายคั่น
  - วัน เดือน ปี เกิด เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
  - ที่อยู่ เป็นที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่จริง
  - ตำบล เป็นชื่อตำบล
  - อำเภอ เป็นชื่ออำเภอ
  - จังหวัด เป็นชื่อจังหวัด
  - วันที่ตรวจ เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน

## แบบรายงานการคลอด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล ..... รายงาน วันที่  
เดือน  
พ.ศ.

- งวดที่ 1 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม  
 งวดที่ 2 1 มกราคม - 31 มีนาคม  
 งวดที่ 3 1 เมษายน - 30 มิถุนายน  
 งวดที่ 4 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน

ลำดับ	ชื่อ*	สกุล*	เลขประชาชน*	ว ด ป เกิด*	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล*	อำเภอ*	จังหวัด	LMP*	EDC*	GPA*	อายุครรภ์(สัปดาห์)*	วันที่คลอด*	วิธีคลอด*	เพศเด็ก*	น้ำหนัก g *	ส่วนสูง cm *	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

\* ข้อมูลที่จำเป็น

- ชื่อไม่มีคำนำหน้า
- เลขประจำตัวประชาชน เป็นตัวเลข 13 หลัก ติดกันไม่มีเครื่องหมายค้น
- วัน เดือน ปี เกิด เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ที่อยู่ เป็นที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่จริง
- ตำบล เป็นชื่อตำบล
- อำเภอ เป็นชื่ออำเภอ
- จังหวัด เป็นชื่อจังหวัด
- วันที่ตรวจ เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน

## แบบรายงานการตรวจหลังคลอด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล .....

รายงาน วันที่

เดือน

พ.ศ.

งวดที่ 1

1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม

งวดที่ 2

1 มกราคม - 31 มีนาคม

งวดที่ 3

1 เมษายน - 30 มิถุนายน

งวดที่ 4

1 กรกฎาคม - 30 กันยายน

ลำดับ	ชื่อ*	สกุล*	เลขประชาชน*	ว ด ป เกิด*	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล*	อำเภอ*	จังหวัด*	วันที่ตรวจ*	GPA	ครั้งที่*	ผล*
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

\* ข้อมูลที่จำเป็น

- ชื่อไม่มีคำนำหน้า
- เลขประจำตัวประชาชน เป็นตัวเลข 13 หลัก ติดกันไม่มีเครื่องหมายคั่น
- วัน เดือน ปี เกิด เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ที่อยู่ เป็นที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่จริง
- ตำบล เป็นชื่อตำบล
- อำเภอ เป็นชื่ออำเภอ
- จังหวัด เป็นชื่อจังหวัด
- วันที่ตรวจ เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ผล มีภาวะแทรกซ้อน / ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

## แบบรายงานวัคซีน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล ..... รายงาน วันที่  
เดือน  
พ.ศ.

- งวดที่ 1 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม  
 งวดที่ 2 1 มกราคม - 31 มีนาคม  
 งวดที่ 3 1 เมษายน - 30 มิถุนายน  
 งวดที่ 4 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน

ลำดับ	ชื่อ*	สกุล*	เลขประชาชน*	ว ด ป เกิด*	เลขที่	ถนน	หมู่	ตำบล*	อำเภอ*	จังหวัด*	วันที่ได้รับวัคซีน*	วัคซีนที่ได้รับ*
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

\* ข้อมูลที่จำเป็น

- ชื่อไม่มีคำนำหน้า
- เลขประจำตัวประชาชน เป็นตัวเลข 13 หลัก ติดกันไม่มีเครื่องหมายคั่น
- วัน เดือน ปี เกิด เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน
- ที่อยู่ เป็นที่อยู่ปัจจุบันที่อาศัยอยู่จริง
- ตำบล เป็นชื่อตำบล
- อำเภอ เป็นชื่ออำเภอ
- จังหวัด เป็นชื่อจังหวัด
- วันที่ที่ได้รับวัคซีน เป็น ปี ค.ศ. เดือน วัน 8 หลักติดกัน