



**RIDE** Rhode Island  
Department  
of Education



## หนังสือรับรองการกลับมาหลังลาป่วย

หนังสือรับรองฉบับนี้สามารถกรอกโดยผู้ปกครอง/ผู้ดูแล หรือบุคลากร ไม่จำเป็นต้องกรอกโดยผู้ให้บริการทางการแพทย์

ชื่อนักศึกษา/บุคลากร:

วันเดือนปีเกิด:

หมายเลขโทรศัพท์:

ชื่อโรงเรียน/หลักสูตร:

วันที่ลาป่วย:

ตรวจสอบอาการทั้งหมดที่บุคคลนั้นมี:

<input type="checkbox"/>	อาการ	ต้องได้รับการทดสอบ COVID-19*
<input type="checkbox"/>	ไอ	ใช่
<input type="checkbox"/>	หายใจติดขัดหรือลำบาก	ใช่
<input type="checkbox"/>	สูญเสียการรับรส	ใช่
<input type="checkbox"/>	สูญเสียการรับกลิ่น	ใช่
<input type="checkbox"/>	มีไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 100.4° หรือมีไข้ตัวร้อนเมื่อสัมผัส)	ใช่ หากมีอาการมากกว่า 2 อย่าง ไม่ใช่หากมีอาการเพียงหนึ่งอย่าง
<input type="checkbox"/>	หนาวสั่น	
<input type="checkbox"/>	ปวดเมื่อยเนื้อตัว	
<input type="checkbox"/>	ปวดหัว	
<input type="checkbox"/>	เจ็บคอ	
<input type="checkbox"/>	อ่อนล้า	
<input type="checkbox"/>	คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล	
<input type="checkbox"/>	คลื่นไส้หรืออาเจียน	
<input type="checkbox"/>	ท้องเสีย	

\* หากผลการทดสอบพบว่าไม่ติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงาน / โรงเรียน / สถานรับเลี้ยงเด็กได้เมื่อไม่มีไข้เป็นเวลา 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องใช้ยาลดไข้และอาการดีขึ้น (หายเป็นปกติ) หากการทดสอบพบว่าติดเชื้อ บุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในการกักตัว RIDOH

วันที่เริ่มแสดงอาการ: \_\_\_\_\_

วันที่หมดอาการ: \_\_\_\_\_

นักศึกษา/บุคลากรได้ผ่านการทดสอบ COVID-19 ในช่วงที่ลาป่วยหรือไม่?

ไม่; ถ้าไม่ เพราะเหตุใด: \_\_\_\_\_

ใช่; วันที่ทดสอบ: \_\_\_\_\_

ผลการทดสอบ: \_\_\_\_\_

สถานที่ที่ทดสอบ: \_\_\_\_\_

วันที่ได้ปลอดจากการกักตัว (หากทดสอบแล้วพบว่าติดเชื้อ): \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่านักศึกษามีความพร้อมที่จะกลับเข้าเรียนและ:

ไม่มีอาการไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 100.4°) ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ไม่ได้รับประทานยาแก้ไข้ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

อาการดีขึ้นและหายเป็นปกติแล้ว

ลงชื่อผู้รับรอง: \_\_\_\_\_

(ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเยาวชน)

ลงชื่อ: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_