

แบบสอบถามการตายในเด็กแรกเกิด (0 - 28 วัน)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อทารกเสียชีวิต.....เพศ.....อายุ.....วัน วันเดือนปีเกิด.....วันที่เสียชีวิต.....  
ชื่อบิดา.....มารดา.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....จำนวนบุตร ทั้งหมด.....คน  
ลำดับบุตรที่เสียชีวิต คนที่..... สถานที่คลอด..... ผู้ทำคลอด.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่ก่อนเสียชีวิต บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....  
 1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

2. ประวัติการเจ็บป่วย

ก่อนเสียชีวิตมีอาการอะไรบ้าง.....  
.....  
เสียชีวิตด้วยโรค.....

3. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในแม่

วัคซีนเตตานีสที่ออกชอยด์  1. เคย  2. ไม่เคย  
 เข็มที่ 1 เมื่อ.....  
 เข็มที่ 2 เมื่อ.....  
 เข็มที่ 3 เมื่อ.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....  
ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....