



# ด่วนที่สุด

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม โทร. ๐ ๒๔๔๑ ๗๙๙๒

ที่ พศ ๐๐๐๖/ ๓๒๓/๖

วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) เพิ่มเติม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดทุกจังหวัด

ตามบันทึกข้อความ ด่วนที่สุด ที่ พศ ๐๐๐๖/๓๐๓๖ ลงวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ดำเนินการประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ในวัดพระอารามหลวง หรือวัดที่มีพุทธศาสนิกชนมีความศรัทธาและเข้ากราบสักการะจำนวนมาก การคัดกรองบุคคลที่จะเข้ามาบรรพชาอุปสมบทโดยให้มีใบรับรองการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) และการงดกิจกรรมทุกชนิดที่อาจนำมาซึ่งการแพร่ระบาดของโรค นั้น

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ขอเรียนว่า จากการประสานงานกับหน่วยงานทางสาธารณสุข การตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) มีค่าใช้จ่ายสูงเกรงว่าจะเป็นภาระแก่ผู้ที่จะขอบรรพชาอุปสมบทในพระพุทธศาสนา และได้รับคำแนะนำว่า ให้ผู้ที่ขอบรรพชาอุปสมบทใช้ผลการคัดกรองเบื้องต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอในท้องที่มายืนยันต่อเจ้าอาวาสหรือพระอุปัชฌาย์ เว้นแต่ พบว่ามีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการ

(นายสิปปंबर แก้วงาม)

ผู้ตรวจราชการ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

ด่วนที่สุด  
ที่ พศ ๐๐๐๖/ ๓๒๗/๗



สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ  
ตำบลดอนเมือง อำเภอพุทธมณฑล  
จังหวัดนครปฐม ๗๓๑๗๐

๒๒ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) เพิ่มเติม  
นมัสการ เจ้าคณะจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ พศ ๐๐๐๖/๓๐๓๗ ลงวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔  
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบประเมินความเสี่ยงตนเองต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ขอความเมตตาพระคุณท่านเจ้า  
เจ้าคณะผู้ปกครองในเขตปกครองของพระคุณท่านทุกระดับชั้น ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด  
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) โดยให้ปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองผู้ขอบรรพชา  
อุปสมบท และให้ผู้ที่เข้ามาบรรพชาอุปสมบทแบบผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)  
เพื่อประกอบการพิจารณาของเจ้าอาวาสหรือพระอุปัชฌาย์อย่างเคร่งครัด และขอความเมตตาพระคุณท่านงด  
จัดกิจกรรมทุกชนิดที่อาจนำมาซึ่งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)  
ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ขอนมัสการว่า จากการประสานงานกับหน่วยงานทาง  
สาธารณสุข การตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) มีค่าใช้จ่ายสูงเกรงว่าจะเป็นภาระแก่ผู้  
จะขอบรรพชาอุปสมบทในพระพุทธศาสนา และได้รับคำแนะนำว่า ให้ผู้ที่ขอบรรพชาอุปสมบทใช้  
ผลการคัดกรองเบื้องต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอในท้องที่มายืนยันต่อ  
เจ้าอาวาสหรือพระอุปัชฌาย์ เว้นแต่ พบว่ามีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙  
(COVID-19) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงนมัสการมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอนมัสการด้วยความเคารพอย่างสูง

(นายสิปปंबर แก้วงาม)

ผู้ตรวจราชการ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม  
โทร./โทรสาร ๐ ๒๔๔๑ ๗๙๙๒

## แบบประเมินความเสี่ยงตนเองต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

๑. วันที่ทำการประเมิน.....

๒. หน่วยงานที่ประเมิน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยงานด้านสาธารณสุข) โปรดระบุ

๓. ผู้ทำการประเมิน ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

๔. ประวัติความเสี่ยง (ในช่วง ๑๔ วันที่ผ่านมา)

๔.๑ เคยไปในพื้นที่ระบาด หรือพื้นที่เสี่ยง หรืออยู่ในช่วงวันที่และเวลาเดียวกันกับ ผู้ป่วยยืนยัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ตามประกาศของจังหวัด หรือ ศบค.แถลง ในช่วงที่ผ่านมา

( ๒ ) ใช่ ( ๑ ) ไม่แน่ใจ ( ๐ ) ไม่ใช่

๔.๒ มีโรคประจำตัว หรือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ อยู่ระหว่างรักษาด้วยยาที่มีผลกดภูมิคุ้มกัน

( ๒ ) ใช่ ระบุ ....., ( ๑ ) ไม่แน่ใจ ( ๐ ) ไม่ใช่

๔.๓ เคยพักอาศัย หรือ ทำกิจกรรมด้วยกัน และอยู่ในสถานที่เดียวกัน เช่น บ้าน ที่ทำงาน กับผู้ป่วยยืนยัน

( ๒ ) ใช่ ( ๑ ) ไม่แน่ใจ ( ๐ ) ไม่ใช่

๔.๔ เคยพูดคุยในระยะประชิด โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยป้องกัน หรือ ถูกผู้ป่วย ไอ หรือ จามรดใส่หน้า โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีการสวมหน้ากากอนามัยป้องกัน เป็นเวลานานมากกว่า ๕ นาที

( ๒ ) ใช่ ( ๑ ) ไม่แน่ใจ ( ๐ ) ไม่ใช่

๔.๕ ในช่วงระยะเวลา ๒ วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (มีข้อใดข้อหนึ่ง = ๒ ไม่มีเลย = ๐)

( ) มีไข้มากกว่า ๓๗.๕ °C ( ) ไอ แห้งๆ ( ) รู้สึกอ่อนเพลีย  
( ) มีน้ำมูก ( ) เจ็บคอ ( ) รู้สึกหายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก  
( ) จมูกไม่ได้กลิ่น ( ) ลิ้นไม่รับรส ( ) อื่นๆ ระบุ.....

๕. สรุปความเสี่ยงจากคะแนนรวม ข้อ ๔.๑ - ๔.๕

( ) คะแนน = ๐ ไม่พบความเสี่ยงใดๆ ดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ และให้ปฏิบัติตามมาตรการ  
การป้องกันอย่างเคร่งครัด

( ) คะแนน ๑ - ๕ ความเสี่ยงต่ำ เผื่อระวังดูแลสุขภาพตนเอง ๑๔ วัน หากมีอาการผิดปกติ  
ให้รีบปรึกษาแพทย์

( ) คะแนน  $\geq$  ๖ ความเสี่ยงสูง ให้รีบพบแพทย์ เพื่อส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙  
(COVID- 19) หากผลการตรวจ ให้ผลลบ ให้กักกันตัวเองจนครบ ๑๔ วัน

ในการทำแบบประเมินตนเอง โปรดให้ข้อมูลที่แท้จริง และหากบุคคลใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่  
เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่ง  
พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามมาตรา ๑๓๗ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่คัดกรอง

( ) ( )

ตำแหน่ง.....