

Fecal Examination Form

No.	HOSP CODE	PID	ชื่อ-สกุล	วันที่ตรวจ			Total drop	NO. of drop	ชนิดพยาธิและจำนวนไข่/ตัวอ่อนของพยาธิ								สรุปผล				ผู้ตรวจ		
				วัน	เดือน	ปี			ชนิด	จำนวน	ชนิด	จำนวน	ชนิด	จำนวน	ชนิด	จำนวน	ชนิด	จำนวน	OV alone	OV mixed		Other	None
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															
								1															
								2															

* ชนิดของพยาธิ; ไข่ลักษณะแสดงชนิดของพยาธิในคอลัมน์ ชนิด และนับจำนวนไข่/ตัวอ่อนของพยาธิในคอลัมน์ จำนวน

OV (*Opisthorchis viverrini*) SS (*Strongyloides stercoralis*) MIF (Minute intestinal fluke) AL (*Ascaris lumbricoides*) T (*Taenia* sp.) HW (Hookworm) TT (*Trichuris trichiura*) EC (Echinostome Egg) Other.....

ตรวจสอบ โดย.....