

코로나19 관련 문진표

성명		연락처	
생년월일		주소	(주소의 동까지만 기재)

1. [건강상태] 다음 중 해당하는 증상이 있다면 모두 표시해주시시오.

- 모두 없음 37.5 °C 이상 발열 (해열제 복용 유무 예 아니오)
 기침 호흡곤란 가래 인후통 두통 근육통 기타: _____

2. [이동경로] 최근 14일 이내 방문한 곳에 대해서 답해주시시오.

1) [해외방문] 최근 14일 이내 해외(미국, 이탈리아, 중국 등)를 다녀 온 적이 있습니까?

- 없음 있음 (국가/지역 : _____/_____, 기간: _____~_____)

※ 입국시 경유한 국가 : 없음 있음 (국가: _____, 기간: _____~_____)

2) [국내방문] 최근 14일 이내에 국내의 확진자의 이동경로에 포함된 장소에 방문한 적이 있습니까?

- 없음 있음

※ 있다면 어느 장소인지 구체적으로 기입해 주세요 (_____)

3. [본인] 코로나바이러스감염증-19 관련하여 관할보건소나 질병관리본부에서 접촉관리 대상자로 연락 받은 적이 있습니까?

- 없음 있음 (* 연락받은 날짜: _____년 _____월 _____일)

4. [주변인] 가족이나 거주를 같이 하는 사람, 친구, 지인 등 밀접하게 접촉을 하는 사람들 중 코로나바이러스감염증-19 확진 받았거나, 의심증상으로 격리, 접촉자로 자가격리가 있습니까?

- 없음
 있음 ①확진 ②의심증상으로 격리 ③접촉자로 자가격리

(접촉일자 _____년 _____월 _____일 / 기간: _____일)

코로나19 확산 방지를 위해 협회가 요구하는 상기 개인정보(성명, 성별, 생년월일, 연락처, 방문력 및 증상 등) 제공에 동의함, 방문력과 증상에 따라 시험장 출입이 제한 될 수 있으며, 협회가 정한 지침 위반 시 강제 퇴장 조치될 수 있음을 이해하고 이에 따를 것에 동의합니다.

2020년 10월 일

이름: _____, 서명: _____