

[21-1 종합시험] 코로나19 자가진단 문진표

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 성명   |  | 학번 |  |
| 생년월일 |  | 전공 |  |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                      |                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 현재 증상              | <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 오한<br><input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 근육통 <input type="checkbox"/> 호흡 곤란<br><input type="checkbox"/> 기타 증상(해당 시에만:                      )<br>발현 시기: 2021년                      월                      일 |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 해당 없음 |
| 해열제 복용 여부          | <input type="checkbox"/> 예<br>해열제 마지막 복용 시간: 약                      시간 전                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 아니오   |
| 선별 진료소 진단 검사 경험 여부 | <input type="checkbox"/> 예<br>검사일:                      년                      월                      일<br>검사 결과: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 아니오   |
|                    | <input type="checkbox"/> 진단 검사 진행 중<br>검사일:                      년                      월                      일                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 아니오   |
| 격리 대상여부            | 질병관리본부 또는 지자체 등으로부터 격리 대상자라는 통보를 받은 사실이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 (격리해제일 :                      )                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 아니오   |
| 최근 14일 이내          | 해외 방문 이력                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 국가명:<br><input type="checkbox"/> 입국 일자: 2021.                      .                      . | <input type="checkbox"/> 해당 없음 |
|                    | 확진자 접촉 경험                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 예(환자와의 관계:                      )                                                           | <input type="checkbox"/> 해당 없음 |

「개인정보보호법」에 의거하여 본인은 위 사항에 대해 충분히 인지하였으며 개인정보 수집 및 활용에 동의함

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제35조의2(재난시 의료인에 대한 거짓 진술 등의 금지)에 따라 위 내용은 사실임을 확인합니다.

작성일                  2021년                  4월                  일

성명:                                                  ( 서명 인 )

※ 작성하여 2021학년도 1학기 종합시험 당일 제출하시기 바랍니다.