

코로나바이러스감염증-19 자가진단서

2020. . . 시간: . . .

응답자 기본사항

구분	학생 <input type="checkbox"/> 교원 <input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> ()	학번/사번	
소속		연락처	
이름		성별	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/>

다음 문항을 잘 읽으시고 해당 되는 곳에 v 표시해주시시오.

구분	내용
증상	1. 현재 발열(오한, 근육통 등)이 있습니까? ① 네 (체온: , 증상:) ② 아니오
	2. 코로나19 임상 증상이 있습니까? <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 미각후각소실 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 아니오
환자접촉	2. 최근 14일 이내에 국내 집단 발생과 역학적 연관성이 있습니까? ① 네(이유:) ② 아니오
	3. 최근 14일 이내에 확진 환자와 접촉하였습니까? ① 네(이유:) ② 아니오
	4. 최근 14일 이내에 해외 방문력이 있습니까? ① 네(귀국일: , 나라명:) ② 아니오
	5. 함께 거주하는 사람 중 코로나19 확진 환자 또는 자가격리 대상자가 있습니까? ① 네 ② 아니오
기타사항	
조치사항	

*** 증상과 환자 접촉 중 하나씩만 일치해도 코로나19 감염이 의심됩니다.**

대응요령

- 감염이 의심 된다면 즉시 1339 또는 해당 지역 보건소 신고 후 조치에 따르고, 비상대책반 (031-639-4571, 5725)으로 연락 주시기 바랍니다.