[서식 4] 건강상태 질문지

성명		생년월일	
조사명	2020년 한국의료패널 2기 1차 조사	연락처	

노출력 확인

1. 최근에 해외를 다녀온 적 있습니까?
   □ 예 □ 아니오
   1-1) 1번 문항에서 '예'인 경우, 방문일자는 언제였습니까?(날짜: 년 월 일)

2. 최근에 확진자를 접촉(2미터 이내)하거나, 간호한 적이 있습니까?
   □ 예 □ 아니오

3. 코로나19 검사를 받은 적이 있습니까?
   □ 예 □ 아니오
   3-1) 2번 문항에서 '예'인 경우, 검사날짜는 언제였습니까?(날짜: 년 월 일)
   3-2) 2번 문항에서 '예'인 경우, 검사결과는 무엇이었습니까?(□ 양성 □ 음성)

4. 함께 거주하고 있는 가족이나 동거인 중 확진자 혹은 자가격리대상자가 있습니까?
   □ 예 □ 아니오

5. 최근 14일 이내 확진자 다수 발생 지역 및 장소를 방문한 적 있습니까?
   □ 예 □ 아니오

증상 확인

1. 최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 표시를 해 주십시오.
   □ 발열(℃) □ 기침 □ 가래 □ 호흡곤란
   □ 오한 □ 그 밖의 증상( )

2. 위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 표시를 해 주십시오.
   □ 증상 관련 약 복용 □ 현지 병원 방문
   ※ 해열제 등

3. 해당 증상이 없는 경우에는 '증상 없음'란에 표시를 해 주십시오.
   □ 증상 없음

작성인은 위 건강상태 질문서를 사실대로 작성하였으며,
만약 거짓 응답으로 발생하는 모든 피해에 대해 책임질 것을 확약합니다.

2020년 월 일

작성인 (인)
담당자 (인)
사회조사팀장 (인)

※ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법 제35조에 의거하여 고의적으로 사실을 누락·은폐할 경우 과태료가 부과될 수 있습니다.