



전염병 검사 도구
(INFECTIOUS DISEASES SCREENING TOOL)

아래 질문에 전부 대답해주세요.

이 정보는 환자와 직원의 안전을 지키는 데 도움이 됩니다.

1. 지난 10 일 동안 COVID-19 진단을 받았거나 COVID-19 감염자와 접촉한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2. 열이나 오한이 있습니까? 발진이 있습니까? [^] 기침, 숨 가쁨, 인후통 증상이 있습니까? 몸살 기운/근육통이 있습니까? 콧물이 나거나 코막힘 증상이 있습니까? 최근 미각이나 후각 상실이 생겼습니까? 메스꺼움, 구토, 설사 증상이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
3. 지난 21 일간 귀하 또는 가족이 미국 이외의 여행한 적이 있습니까 있는 경우, 해당 국가 기재: _____ 귀국일 ____/____/_____	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
4. 지난 21 일간 에볼라/라싸/마르부르크, 홍역, 메르스, 볼거리, 수두, 그 외 알려진 모든 감염병에 걸린 사람과 밀접 접촉*한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
1, 2, 4 번 질문에 대한 응답에 "예"가 하나라도 있으면, 즉시 직원에게 알려주세요.		

[^] 발진은 일반적인 COVID-19 증상은 아니지만, 수두 또는 홍역 등 다른 전염병의 증상입니다.