

코로나 바이러스/COVID-19 대비 환자 / 보호자 질문표

환자 / 보호자 성명(영어): _____

날짜: _____

온도: _____

| | | |
|--|-----|----|
| 14일 이내에 몸에 열이 있었거나 온도가 100도(화씨), 37.7도(섭씨)나 그 이상이 되었던 적이 있습니까? | YES | NO |
| 현재 기침 증상이 있습니까? | YES | NO |
| 현재 목이 아프십니까? | YES | NO |
| 숨이 차거나 숨 쉬기가 어렵습니까? | YES | NO |
| 3주 이내에 아래의 나라를 방문한 적이 있습니까? (중국, 유럽, 이란, 이탈리아, 일본, 한국) | YES | NO |
| 3주 이내에 미국외 다른 나라를 방문한 적이 있습니까? | YES | NO |
| 3주 이내에 외국을 다녀온 이와 교제를 나누며, 신체 접촉이 있었습니까? | YES | NO |
| 14일 이내에 코로나 바이러스/COVID-19 확진자와 혹은 의심받고 있는 사람과 교제를 나누며, 신체 접촉이 있었습니까? | YES | NO |
| 14일 이내에 아래와 같은 증상을 가진 사람과 교제, 신체접촉이 있었습니까(열, 기침, 목아픔, 숨참, 호흡기 질환)? | YES | NO |
| 14일 이내에 크루즈 여행이나 사람들이 많이 모이는 장소에 있었던 적이 있습니까? | YES | NO |

"설문지를 작성하신 환자분은 상기의 질문중 1개라도 YES 가 있으면 당일 예약이 취소가 됩니다. 예약 취소 환자분들은 패밀리닥터와 상담 하시거나 가까운 어젠트케어센터에 방문하기를 바랍니다. 다시 예약을 하시려면 현재부터 14일이 지난후나 의사의 진단 소견서가 있어야 가능 합니다"