

코로나19 선별진료 및 검사 문진표

성명(Name)		국적(Nation) 외국인만 작성	
주민등록번호(ID card number)			
주소(Address) 도로명 주소 전체 작성			
연락처(Phone number)			
미성년자 보호자 성함(guardian) 검사자가 미성년자일 경우 보호자 성함 작성			

01. 의사 진료 후 검사 및 약 처방 원하시는 경우

언제부터 증상이 나타났나요? When did the symptoms first occur?	년 year	월 month	일 day
해당되는 증상에 체크해주세요 check the symptoms	<input type="checkbox"/> 기침 cough <input type="checkbox"/> 발열 fever <input type="checkbox"/> 가래 sputum <input type="checkbox"/> 콧물 rhinorrhea <input type="checkbox"/> 두통 headache	<input type="checkbox"/> 인후통 sore throat <input type="checkbox"/> 근육통/오한 muscular pain and chill <input type="checkbox"/> 오심/구토 nausea and vomiting <input type="checkbox"/> 설사 diarrhea <input type="checkbox"/> 기타:	
필요한 항목에 체크해주세요 check the category what you need?	<input type="checkbox"/> 약 처방 medical prescription	<input type="checkbox"/> 신속항원검사 RAT	<input type="checkbox"/> PCR검사 PCR
* 신속항원검사 후 정확한 진단을 위해 PCR검사(무료)를 추가로 진행하시겠습니까? 네 / 아니오			

02. PCR검사만 원하시는 경우 * 해당 사항에 체크(✓) 표시해주세요.

☐ 만 60세 이상 고령자 ☐ 코로나19 의심증상으로 의사소견서를 받은 자

☐ 역학적 연관성이 있는 자 (밀접접촉자 또는 동거가족 확진자가 있을 경우)

* 동거가족 확진 시 아래의 표에 내용을 반드시 작성해주세요.

확진자 성함		확진일자	
확진자 생년월일			

☐ 자가키트 양성자 (양성판정 증빙서류 및 키트 밀봉하여 제출)

☐ 병원 입원 전 환자 / 간병인 · 상주보호자 / 의료기관 실습생

☐ 본인 부담 100% (무료 대상이 아닌 자)

상기 내용 및 항목과 비용에 대해 충분한 설명을 듣고 검사 시행에 동의합니다.

✓ 2022년

월

일

✓ 성명:

(서명)