新型肺炎疑い患者問診票（初動対応用）
신종 코로나바이러스 의심환자 검진표(초기 대응용)

韓国語／한국어

문진표/ 問診票

記入者　所属
　　氏名

환자 이름/患者氏名		성별/性別	□ 남성/男性　□ 여성/女性
		나이/年齢	세/歳

오늘은 어떤 증상이 있습니까?(복수 선택 가능)
/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

□ 발열/発熱　□ 쌕쌕거림/ぜーぜー言う　□ 기침/咳　□ 가래/痰　□ 가슴 통증/胸痛　□ 숨쉬기 어려움/息苦しさ

□ 다른 의료기관에서 진찰 받도록 추천받음(검진 포함)
/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）

□ 그 외/その他：（　　）

언제부터 증상이 있었습니까?
/この症状はいつからありますか。

□ 발열/発熱 ＿＿＿ 년/年 ＿＿＿ 월/月 ＿＿ 일/日　오전/午前、오후/午後 ＿＿ 시/時

□ 기침/咳 ＿＿＿ 년/年 ＿＿＿ 월/月 ＿＿ 일/日　오전/午前、오후/午後 ＿＿ 시/時

2019년 말부터 현재까지, 본인이 인플루엔자에 걸린 적이 있습니까?
/2019年末頃から現在にかけて、ご自身がインフルエンザにかかりましたか。

□ 아니요/いいえ　□ 네/はい

주변에 같은 증상을 가지고 있는 사람이 있습니까?
/まわりに同様の症状の方はいますか。

□ 아니요/いいえ　□ 네/はい　⇒（EX：아이가 인플루엔자에 걸렸다 등/ 子どもがインフルエンザに係っている等　　）

증상이 있기 2주 이내에, 관동(関東)/관서(関西)지역 등 코로나19 유행지역을 방문 또는 체재한 적이 있습니까?
/発症から2週間以内に関東・関西地域など流行地域を訪問・滞在しましたか。

□ 아니요/いいえ　□ 네/はい

체재 기간・목적을 알려주십시오.
/滞在期間・目的を教えてください。

체재 기간/滞在期間　＿＿＿ 년/年 ＿＿ 월/月 ＿＿ 일/日 ～ ＿＿＿ 년/年 ＿＿ 월/月 ＿＿ 일/日

체재 목적/滞在目的　【　　】

위의 관동/관서 지역 이외에, 방문 또는 체재한 장소가 있으면 알려주십시오.
/参考にお聞かせください。上記以外での訪問・滞在場所があれば教えてください。

체재 장소/滞在場所　【　　】 체재 기간 滞在期間 ＿＿＿ 년年 ＿＿ 월月 ＿＿ 일日 ～ ＿＿ 년年 ＿＿ 월月 ＿＿ 일日

체재 장소/滞在場所　【　　】 체재 기간 滞在期間 ＿＿＿ 년年 ＿＿ 월月 ＿＿ 일日 ～ ＿＿ 년年 ＿＿ 월月 ＿＿ 일日

＊코로나19 유행지역의 원인불명 폐렴환자 또는 의심환자와 2m 이내에서 접촉하셨나요?
/＊流行地域の原因不明肺炎の患者、またはその疑いがあるがある患者と２メートル以内で接触しましたか。

□ 아니요/いいえ　□ 네/はい