

코로나 19 관련 질문

14. 코로나 19 진단을 받은 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

15. 코로나 19 검사를 받은 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

코로나 19 검사를 받은 장소는 어디입니까?

- 병원, 실험실, 또는 드라이브 스루 (drive through)
- 응급실
- 그 외

그 외라면 정확히 어느 장소에서 검사를 받았습니까?

테스트를 받는 시점에 증상이 있었습니까?

- 예
- 아니요

코로나 19 테스트를 받은 이유가 무엇입니까?

- 의사 권유 및 의료 관련 종사자의 권유
- 의심 증상 환자가 거주자 중에 있었기 때문에
- 그 외

그 외 라면 어떤 이유로 테스트를 받게 되었습니까?

16. 증상을 설명하십시오 (해당 항목 모두 체크).

- 없음
- 기침, ___ 일 동안
- 목 따가움, ___ 일 동안
- 100.4 (화씨) 이상의 발열, ___ 일 동안
- 최고 온도 ___

- 오한
- 두통
- 부분적 후각 상실, ___ 일 동안
- 완전한 후각 상실, ___ 일 동안
- 부분적 미각 상실, ___ 일 동안
- 완전한 미각 상실, ___ 일 동안
- 숨가쁨, ___ 일 동안
- 피로/무기력증
- 근육통
- 콧물
- 설사
- 메스꺼움 또는 구토
- 얼굴 또는 입술 붉어짐
- 의식 상실
- 가슴 압박감
- 경도 결막염 또는 충혈안
- 그 외 (증상을 써주세요):

기침은 몇일 동안 지속되었나요?

기침의 종류:

- 마른 기침
- 젖은 기침
- 그 외: _____

첫번째 증상이 발생 한 날짜:

첫번째 증상이 완화된 날짜를 기억나는 대로 기입하세요:

17. 증상이 나타나기 전에 해외 방문을 한적이 있습니까? (해외에서 코로나 감염 의심)

아니요

예, 나라이름: _____, 여행기간: _____

18. 당신은 코로나 19 에 감염자나 또는 의심 환자와 접촉한 적이 있습니까?

예; 감염자와 접촉한 적이 있다.

예; 의심 환자와 접촉한 적이 있다.

아니요; 접촉한 적이 없다

잘 모르겠다

경기 스포츠를 위해 훈련한다