

건강상태질문서 (JBNU Health Declaration Form)

()호관 ()호실

성명(Name)	성별(Gender) []남(M) []여(F)
학번 (Jbnu Student No.)	생년월일 (Date of Birth)
체온 (Body emperature)	℃ 국적(Nationality)
자택주소 : (시,군까지만 작성) (address: only to the city or county)	

1. 코로나19에 확진된 적이 있나요?(Have you ever been infected with coronavirus before?)

- ① 8월20일 이전(August 20 or earlier) [] ② 8월21일 이후(August 21 or after) [] ③ 아니오(No) []

※ ②번일 경우 증명서류(격리기간이 표시된 문자나 출력물) 제출

(If you checked no.2, please submit the proof document(public health center's text message or printed document with quarantine period)

2. 최근 7일 내에 가족 또는 동거인 중 확진자가 있나요?

- ① 예(YES) [], 확진자와의 관계(Relationship) [] ②아니오(No) []

※ ①번일 경우 신속항원검사 음성확인서 제출(검사일로부터 2일 후 자정까지 유효) 또는 PCR 검사 음성확인서 제출(통보일로부터 2일 후 자정까지 유효)

3. 코로나19 백신 접종 여부? (Vaccination status for COVID-19)

- ① 1차 접종완료(completion of 1st vaccination) [] ② 2차 접종완료(completion of 2nd vaccination) []
③ 3차 접종완료(completion of 3rd vaccination) [] ④ 4차 접종완료(completion of 4th vaccination) []
⑤ 미접종(Unvaccinated) []

최근 7일동안 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 해 주십시오.

In the past 7 days, have you had any of the following symptoms?

[] 발열Fever	[] 오한Chills	[] 두통Headache	[] 인후통Sore throat	[] 콧물Runny nose
[] 기침Cough	[] 호흡곤란Difficulty Breathing	[] 점막 지속 출혈 * 눈, 코, 입 등 bleeding from eye, nose, or ear	[] 그 밖의 증상() * 미각, 후각의 상실 등Other	

위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 "√" 표시를 해 주십시오.

If you checked any of above, please check the followings.

[] 증상 관련 약 복용 Took medicine	[] 현지 병원 방문 Visited hospital	[] 동물 접촉 No Symptoms
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------

해당 증상이 없는 경우에는 "증상 없음"란에 "√" 표시를 해 주십시오.

If you do not have the symptoms, please mark "√" on the right.

[] 증상 없음

작성인은 위 건강상태 질문서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.

I hereby certify that the above statements are true and correct to the best of my knowledge

작성일 20 년 월 일

작성인

(서명)

전북대학교 생활관장 귀하