

## 코로나19 자가문진표

※ 본 문진표는 응시자 본인 및 다른 응시자 등의 감염을 차단하기 위함입니다.  
문진 결과에 따라, 적절한 조치를 취할 예정이니 여러분의 적극적인 협조 및  
양해 부탁드립니다.

※ 시험당일 고사장내 지정된 장소에 반드시 제출해야 합니다.

- 문진표는 코로나19 예방을 위한 목적으로 사용되며, 한 달 후 개인정보를 포함한 모든 내용은 폐기합니다

지원 병원	수험번호	성명	휴대 폰 번호

구분	문항	답변	
		예	아니오
1	현재 자가격리대상입니까?		
2	현재 가족 혹은 일상적 접촉이 잦은 지인 중에 코로나19(의심)환자, 자가격리대상자가 있습니까?		
3	현재 발열로 인하여 해열제 성분의 약을 복용하였습니까? [사유 : ]		
4	현재 아래와 같은 증상이 있습니까?(중복체크 가능) <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 콧물 <input type="checkbox"/> 숨이 참 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 가슴통증 <input type="checkbox"/> 오한(몸이떨림) <input type="checkbox"/> 전신 근육통 <input type="checkbox"/> 기타 [사유 : ]		

개인정보보호법 등 관련 법규에 의거 상기 본인은 위 사항에 대한 개인정보 수집 및 활용에 동의하며, 감염병 예방 및 관리에 관한 법 제35조에 의거하여 고의적으로 사실을 누락, 은폐할 경우 관련법령에 의거, 과태료가 부과될 수 있습니다.

작성일 : 2020년 8월 22일

지원자 명 : (서명)