

코로나19 기초역학조사서

조사자	관할시도	포항시	연락처	(사무실) 270-	신고기관 (보건소명, 의료기관명)
	조사보건소			(핸드폰) 010-	
	조사자성명	조사일	2021년	월	

1. 인적사항 (해당사항에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시 또는 기재)		※ 주민번호 뒷자리까지 꼭 써주세요.						
1.1 성명				1.2 주민등록번호	-	1.3 성별	○남 ○여	
1.4 국적	○국내 ○해외 ()		1.5 거주지 주소					
1.6 연락처	환자	010-	1.7 직업(직장명, 학교명, 의료기관명 등)					
	보호자	010-						
1.8 의료기관 종사자		○해당있음 (□의사 □간호사 □기타(방사선사, 간호조무사, 임상병리사, 이송요원, 이 외 _____)) ○해당없음						
2. 증상 및 기저질환 (해당사항에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시 또는 기재)								
2.1 증상 유무 <small>(확진 14일전부터 현재까지)</small>		○ 있음 (2.2, 2.3 작성) ○ 없음		2.2 증상발현일				_____년 _____월 _____일
2.3 최초증상	<input type="checkbox"/> 발열(주관적 호소 포함)		<input type="checkbox"/> 호흡기증상		<input type="checkbox"/> 호흡기증상 외		<input type="checkbox"/> 폐렴	
	○ 있음 (_____ °C) ○ 없음	○ 있음 <input type="checkbox"/> 기침 ○ 없음 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 호흡곤란	○ 있음 <input type="checkbox"/> 근육통 ○ 없음 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 오한 <input type="checkbox"/> 미각소실 <input type="checkbox"/> 후각소실 <input type="checkbox"/> 기타()	홍부영상 확인여부 (CT/X-ray) ○ 예 ○ 아니오				
2.4 기저 질환		○ 예 (기저질환 _____) ○ 아니오		2.5 임신 여부		○ 예 (주) ○ 아니오		
2.6 치료 상태 (확진 당시)		□ 일반치료 □ 산소치료(비강내분사, 마스크) □ 인공호흡 □ ECMO □ 사망 □ 조사중 □ 기타()		2.7 흡연 여부		○ 현재흡연 ○ 과거흡연 ○ 비흡연		
2.8 실험실 진단검사 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 값		실험기관	RdRp	E gene	N gene			
3. 추정 감염경로 (최초증상 발병일 14일전부터 현재까지, <input checked="" type="checkbox"/> 표시 또는 기재)								
3.1 해외방문		○ 유 (국가명 _____, 입국일 _____년 _____월 _____일) ○ 무						
3.2 확진자 접촉		○ 유 (□ 가족(동거인) 접촉자, 이름: _____, 확진환자번호: _____) 관계: _____ □ 가족(동거인) 이외 접촉자, 이름: _____, 확진환자번호: _____) 관계: _____ ○ 최종 접촉일 _____년 _____월 _____일 ○ 무						
3.3 집단발병 관련		○ 유 (□ 가족(동거인) □ 의료기관 _____ □ 종교관련 _____ □ 요양·정신시설 _____ □ 학교 _____ □ 기타 _____) ○ 무						
3.4 기타								
4. 집단시설(의료기관, 시설 등) 이용력(최초증상 발병일 14일전부터 현재까지, <input checked="" type="checkbox"/> 표시 또는 기재)								
○ 유 (기관/시설명 _____, □ 입소(입원) 중(입소일: _____년 _____월 _____일) □ 퇴소(퇴원) (퇴소일: _____년 _____월 _____일) ○ 무								
5. 가족(동거인) 및 집단시설 접촉자(최초증상 발병일 2일전부터 현재까지 접촉한 가족 및 집단시설 접촉자, <input checked="" type="checkbox"/> 표시 또는 기재)								
5.1 가족(동거인) 접촉자		○ 유 (인원: _____명) ○ 무						
5.2 시설 접촉자 (종교, 요양, 정신 시설, 학교, 학원 등)		○ 유 (시설명: _____, 인원: _____명) ○ 무						
5.3 의료기관 접촉자		○ 유 (의료기관명: _____, 인원: _____명) ○ 무						
6. 사례분류 <input checked="" type="checkbox"/> 표시 또는 기재								
6.1 사례분류		○ 의사환자 ○ 조사대상유 증상자 1 □ / 2 □ / 3 □ ○ 사례 '미해당'				○ 무		
6.2 조치사항		○ 자가격리 보건교육 기타()						
담당 역학조사관				사례분류일시		2021년 _____월 _____일		

※ 꼭 기재해 주세요

검체채취 구분: □상기도(swab) / □하기도(sputum)