1. 코로나바이러스 감염증(COVID-19)으로 진단을 받은 사람과 가까이서 직접 접촉을 가진 적이 있습니까?

* 예
* 아니오
* 미상

2. 최근 14일 이내에 다음 중 어느 나라로 여행하신 적이 있습니까?

* 아프리카
* 아시아
* 호주
* 유럽
* 남미
* 여행하지 않음

3. 오늘은 몸의 상태가 어떠십니까?

* 구역질이 납니다
* 컨디션이 좋습니다

4. 체온은 어떻습니까?

* 100.4 °F(38 °C)를 넘는 체온
* \*65세 초과 연령 및 99.6 °F(37.5 °C) 초과 체온
* 열이 납니다
* 모름
* 정상

5. 다음 준 어느 항목에 해당되십니까?

* 기침 - 건성 기침(객담 배출 없음)
* 기침 - 습성 기침(객담 배출)
* 호흡곤란
* 천명(쌕쌕거림)
* 이상 해당 사항 없음

6. 다음 준 어느 항목에 해당되십니까?

* 두통
* 콧물
* 눈 가려움
* 눈물이 흐르는 눈
* 재채기
* 이상 해당 사항 없음

7. 귀하는 다음 중 어느 항목에 해당되십니까?

* 고혈압/혈압 상승
* 심장질환
* 폐질환
* 당뇨병
* 약제 또는 HIV로 인한 면역반응 억제상태
* 양로원 또는 만성질환 요양시설의 재원노인
* 임신 또는 출산 후 2주 이내의 산후기간
* 이상 해당 사항 없음

8. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?

20세 미만

* 20 - 39세
* 40 - 59세
* 60 - 69세
* 70 - 79세
* 80세 이상

9. 귀하는 현장응급처치요원 또는 의료 종사자입니까?

* 예
* 아니오

Zip code:

**역학(전염병학)조사 목적으로 귀하의 소재 위치를 공유하십니까?**

발병 시기와 장소를 알면, 지역 보건당국들이 질병의 추적 및 지역사회 대응조치를 권고하는 데에 대단히 유익합니다.

귀하의 소재지 위치는 역학 조사 목적에만 **한하여** 활용할 것입니다. 보호대상 건강정보(PHI)는 보관하지 않습니다.

* 클릭하여 소재 위치를 활용합니다
* 우편번호를 입력합니다