

- 신종 코로나바이러스 감염증 (Novel Coronavirus) -
건강상태 확인서
(Health Condition Report Form)

성명(Name)	성별(Sex) <input type="checkbox"/> 남(M) <input type="checkbox"/> 여(女)
국적(Nationality)	생년월일(Date of Birth) (MM/DD/YYYY)
여권번호(Passport Number)	한국 입국 예정일(Expected Date of Entry) (MM/DD/YYYY)
본국 내 주소(Address in Home Country)	본국 내 연락처(Phone Number in Home Country)
한국 내 주소(Address in Korea)	한국 내 연락처(Phone Number in Korea)

최근 30일 동안 체류한 도시를 모두 적으시오.

Please list all cities you have stayed within 30 days prior to application.

1)	2)	3)	4)	5)
----	----	----	----	----

최근 14일 이내에 후베이(湖北) 전역 또는 우한(武漢)에 방문 또는 체류한 사실이 있습니까?
Have you visited or stayed in Hubei or Wuhan, China within 14 days prior to application?

☐ 예(Yes)

☐ 아니오(No)

최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 하십시오.

Please mark any of the following symptoms you currently have or have experienced in the last 14 days

<input type="checkbox"/> 발열(Fever)	<input type="checkbox"/> 오한(Chills)	<input type="checkbox"/> 두통(Headache)	<input type="checkbox"/> 인후통 (Sore throat)	<input type="checkbox"/> 콧물 (Runny nose)
<input type="checkbox"/> 기침(Cough)	<input type="checkbox"/> 호흡곤란 (Shortness of breath)	<input type="checkbox"/> 구토(Vomiting)	<input type="checkbox"/> 복통 또는 설사 (Abdominal pain or Diarrhea)	<input type="checkbox"/> 발진(Rash)
<input type="checkbox"/> 황달(Jaundice)	<input type="checkbox"/> 의식저하 (Loss of consciousness)	<input type="checkbox"/> 점막 지속 출혈 (Bloody mucus) * 눈, 코, 입 등 (*Eyes, nose, mouth, etc.)	<input type="checkbox"/> 그 밖의 증상(Other symptoms) ()	

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

If you marked any of the above symptoms, please mark all of the following that apply.

<input type="checkbox"/> 증상 관련 약 복용 중 (Medication taken for symptoms)	<input type="checkbox"/> 병원 치료·진료를 받음 (Undergone diagnosis or medical care)
--	--

해당 증상이 없는 경우에는 우측 "증상 없음"란에 "√" 표시를 하십시오.

(If none of the symptoms apply, please mark the "No Symptoms" box.)

☐ 증상 없음
(No Symptoms)

본 확인서 작성을 기피하거나 거짓으로 작성하여 제출하는 경우 「출입국관리법」에 따라 사증 발급 또는 입국이 거부되거나 체류가 제한될 수 있습니다.

Making false statements concerning your health or failing to fill out the form may result in a denial of visa, entry into or permission of stay in the ROK in accordance with the Immigration Act of the Republic of Korea.

작성인은 위 건강상태 질문서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.

I confirm that the information provided above is true and correct.

Date

(MM/DD/YYYY)

Applicant

(Signature)

주오스트리아대한민국대사관 귀하

Embassy of the Republic of Korea in Austria