

□ 填写疫情调查信息及资料的基本原则

- 新型冠状病毒外国人确诊患者中，难以用韩国语沟通的确诊者为对象
- 首先，由本人以必答项目为主填写‘基础、深层流行病调查表’
 - － 必须填写项目（共21个项目:阴影部分）
- 通过翻译志愿者的帮助，由保健所负责人确认、审核、添加

□ 填写基础/深层流行病学调查表必答项目时的注意事项

1. 个人资料

- －1.2 无外国人登录证号的情况:杠“-”前填写"出生年月日",
杠“-”后填写"5000000"

*（保健所负责人业务）杠“-”后的第一位随机数字填写顺序为‘5（19**年代出生，外国国籍男性）’。6（19**年代出生，外国国籍女性），7（20**年代出生，男性），8（20**年代出生，女性）’。

- －1.5 居住地址:现居住地址

- －1.7 职业:填写单位名或学校名、地址、联系方式

2. 症状及慢性疾病

- － 2.1是否有症状，2.2症状发生日，2.3 最初症状结束时间，
以上必须确认

3. 推测感染途径

- －3.2 与确诊患者接触:填写从最初症状发病日的前14日到现在遇到的先行确诊患者的姓名、关系

- － 3.4 其他:填写与推测感染途径相关的其他事项

4. 公众设施利用经过

- －填写从最初症状发病日的前14日起到现在本人食宿生活的团体设施名称

5. 家庭及公众设施接触者

- －从最初症状发病日的前2天到现在，在家庭、集体设施、医疗机构中发生的；
是为了掌握接触者
- －根据各设施场所及接触者规模填写

附件 2

新型冠状病毒 基础流行病学调查表【外国人确诊患者用】

※ 登录网址: 新型冠状病毒信息管理系统(covid19.kdca.go.kr) - 疫情调查 - 基础疫情调查表(确诊患者)

调查者	管辖市道	电话	(办公室)	申报机关 (保健所名称, 医疗机关名称)
	调查保健所		(手机)	
	调查者姓名		调查日	

确诊号码	(※由疾病管理厅赋予)	检验机关	隔离种类及场所	<input type="checkbox"/> 自家, <input type="checkbox"/> 设施, <input type="checkbox"/> 医院 (场所名:)
确诊日	年 月 日	检查日	年 月 日	隔离开始日

1. 个人资料 (相关事项中☑标记或记载)

1.1 姓名	1.2 外国人登录证号	出生年月日	专有号码	1.3 性别	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
1.4 国籍	<input type="radio"/> 国内 <input type="radio"/> 境外 ()	1.5 居住地址			
1.6 联络处	患者 监护人	1.7 职业(单位名称, 学校名等)	<input type="radio"/> 有(设施名称: / 地址: / 联络处: <input type="radio"/> 无		
1.8 医疗机关工作者	<input type="radio"/> 有关 (<input type="checkbox"/> 大夫 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 其他(放射线师, 护士助理师, 临床病理师, 移送人员, 除此之外) <input type="radio"/> 无关				
1.9 官方登录残疾人	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	1.10 残疾类型	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神等	1.11 残疾程度	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 轻度

2. 症状以及慢性疾病 (相应事项中☑标记或填写)

2.1 症状有无 (从14日以前追溯至现在)	<input type="radio"/> 有 (填写2.2, 2.3) <input type="radio"/> 无	2.2 状发现日	年 月 日
2.3 最初症状	<input type="checkbox"/> 发烧(包括本人主观判断) <input type="radio"/> 有 (_____. °C) <input type="radio"/> 无	<input type="checkbox"/> 呼吸道症状 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽喉痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困难	<input type="checkbox"/> 呼吸道症状以外 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 发冷 <input type="checkbox"/> 失去味觉 <input type="checkbox"/> 失去嗅觉 <input type="checkbox"/> 其他()
2.4 慢性疾病	<input type="radio"/> 是 (慢性疾病:) <input type="radio"/> 不是	2.5 怀孕与否	<input type="radio"/> 是 () <input type="radio"/> 不是
2.6 治疗状态(确诊当时)	<input type="checkbox"/> 一般治疗 <input type="checkbox"/> 氧气治疗(鼻腔吸气管, 口罩) <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 调查中 <input type="checkbox"/> 其他()	2.7 吸烟与否	<input type="radio"/> 现在吸烟 <input type="radio"/> 过去吸烟 <input type="radio"/> 不吸烟
2.8 实验室诊断检查结果 CT值	实验机关	RdRp gene	E gene N gene
2.9 检查经过	<input type="radio"/> 以本人判断 <input type="radio"/> 医生的意见和建议 <input type="radio"/> 访问境外履历 <input type="radio"/> 群聚感染及疫情关联性 <input type="radio"/> 家人或熟人是确诊患者		
2.10 新型冠状病毒预防接种	<input type="checkbox"/> 疫苗接种与否 <input type="checkbox"/> 疫苗接种地点	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	<input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次
	<input type="checkbox"/> 辉瑞 <input type="checkbox"/> 莫德纳 <input type="checkbox"/> 阿斯利康 <input type="checkbox"/> 杨森 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 疫苗接种日	年 月 日

3. 推测感染途径(从最初症状发病日前14日开始到现在打 ☑标记或填写)

3.1 境外访问 (滞留国家)	<input type="radio"/> 有 (国家名称, 入国日: 年 月 日) <input type="radio"/> 无
3.2 接触患者	<input type="checkbox"/> 家族(同居人) 接触者, 姓名: 确诊患者号码: () 关系: <input type="radio"/> 无 <input type="checkbox"/> 家族(同居人) 以外的接触者, 姓名: 确诊患者号码: () 关系: <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 最终接触日: 年 月 日
3.3 群聚感染关联	<input type="radio"/> 有 (<input type="checkbox"/> 家族(同居人) <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 宗教关联 <input type="checkbox"/> 疗养精神设施 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="radio"/> 无
3.4 其他	
3.5 先行确诊患者 ※ 市道/区域确认 (按优先顺序填写)	1. 患者号码: 姓名: 关系: 暴露地点: 最初暴露日: 最终暴露日: 2. 患者号码: 姓名: 关系: 暴露地点: 最初暴露日: 最终暴露日: 3. 患者号码: 姓名: 关系: 暴露地点: 最初暴露日: 最终暴露日:

4. 公众设施(医疗机关, 设施等) 利用过程(从最初症状发病日前14日开始到现在打 ☑标记或填写)

☐ 有 (机关/设施名称, ☐ 入所(住院) 中(入所日: 年 月 日) ☐ 退所(出院) 退所日: 年 月 日) ☐ 无

5. 家族(同居人) 以及公众设施接触者(最初症状发病日前2日至目前为止接触的家人及公众设施接触者), ☑标记或填写

5.1 家族(同居人) 接触者	<input type="radio"/> 有 (人员: 名) <input type="radio"/> 无
5.2 设施 接触者 (宗教, 疗养精神设施, 学校, 学院等)	<input type="radio"/> 有 (设施名: , 人员: 名) <input type="radio"/> 无
5.3 医疗机构接触者	<input type="radio"/> 有 (医疗机构名: , 人员: 名) <input type="radio"/> 无

6. 案例分类结果 ※市道/区域确认

6.1 大分类	<input type="radio"/> 境外输入 <input type="radio"/> 境外输入关联 <input type="radio"/> 疗养 <input type="radio"/> 其他 团体 <input type="radio"/> 接触患者 <input type="radio"/> 未分类
6.2 中分类	
6.3 参考事项	

粘贴 3

新型冠状病毒 深层疫情调查表 (外国人确诊患者用)

2020.00.00.(星期).00时

确诊患者	姓名	外国人登录证号码(护照号码)			
实际居住地：					
<同居人信息>					
关系	姓名	电话	职业		
<职业信息>					
店名(商号)	业务种类	地址	电话		
<其他 个人信息>					
- 信用卡:卡号		/ 信用卡公司	/ 持有人		
- 手机:		通信公司	/ 持有人		
<推测感染途径>					
< 活动轨迹 >					
时间 (星期)	场所 (区域, 建筑物名称)	移动工具 (徒步, 汽车, 自行车)	状况 (以在具体场合与谁做了什么为中心记述)		接触者特殊事项 (姓名, 关系, 联络处)