|  |
| --- |
| **KLPGA 신종 코로나바이러스 감염증(코로나19) 관련 문진표** |

**※ 문진표를 필히 작성하시어 협회에 제출 하셔야 대회(행사) 취재에 참가할 수 있습니다.**

|  |
| --- |
| **1. 인적 사항** |
| 성명 |  | 생년월일 |  |
| 연락처 |  |
| 실 거주지 주소 | ***주소의 동까지만 기재*** |
|  |
| **2. 확인 사항** |
| 최근 14일 전에 중국 등 코로나바이러스 감염지역에 다녀온 적이 있거나,다녀온 자와 접촉한 경험이 있습니까? | □ 예□ 아니오 |
| 현재 발열, 기침 및 호흡 곤란 등의 증상이 있습니까? | □ 예□ 아니오 |
|  |
| **3. 여행력(해당 사항이 없으신분은 미 기재 요망)** |
| 최근 14일 간 해외지역 및 코로나19 확산지역에 대한 방문 기간은? | 국가명: | 도시명: | 기간: |  년 월 일 ~ 년 월 일 |
| 국가명: | 도시명: | 기간: |  년 월 일 ~ 년 월 일 |
| 국가명: | 도시명: | 기간: |  년 월 일 ~ 년 월 일 |
|  |
| **4. 임상 증상 (해당사항에** √ **표시 또는 기재 요망. 단, 해당 사항이 없으신분은 미 기재 요망)** |
| 최초 증상 | □ 발열( ℃) | □ 기침 | □ 가래 | □ 오한 |
| □ 근육통 | □ 인후통 | □ 호흡곤란 | □ 기타( ) |
| 발현 일시 |  년 월 일 시 |
| 발현 장소 | ○ 입국 전(장소: ) ○ 비행기 내 ○ 입국 후(장소: ) ○ 기타( ) |
| 확 인 자 | ○ 본인 ○ 의료인 ○ 보건소 담당자 ○ 검역소 담당자 ○ 기타( )기관명( ) 확인일시( ) |
| 현재 증상 | □ 발열( ℃) | □ 기침 | □ 가래 | □ 오한 |
| □ 근육통 | □ 인후통 | □ 호흡곤란 | □ 기타( ) |
| 의료기관 진단 | □ 폐렴 □ 급성호흡곤란증후근 □ 기타( )□ 흉부방사선촬영 : ○ 예 (소견 : ) ○ 아니오 |
|  |
|  **상기 기술한 내용이 사실임을 확인하며, 허위기재로 인한 문제 발생 시 본인에게 책임이**  **있음을 확인합니다. 성명 : (인)** |
|  |
| **개인정보 수집 · 활용 동의서** |
| 수집하는 개인정보의 항목 | 성명, 생년월일, 연락처, 주소 |
| 개인정보의 수집 및 이용 목적 | 신종코로나바이러스 의심환자 파악을 위해 사용 |
| 개인정보의 보유 및 이용 기간 | 수집한 날로부터 1년 후 폐기 |
| 개인정보 제공 동의 거부 권리 및동의 거부에 따를 불이익 내용 또는 제한 사항 | 정상적인 대회 운영에 필요한 최소한의 정보에 해당하므로, 상기 내용에 대하여 본인이 동의하지 않을 시 대회 참가가 불가할 수 있음을 알려드립니다. |
| **「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위 사항에 대하여 충분히 인지하****였으며 이와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의합니다. □ 동의 □ 동의 안함****2020년 월 일** **문진표 본인 서명 : (인)** |