

Case Report Form (CRF) 사례보고서

The purpose of this form is to investigate potential MERS-CoV infection.
Healthcare personnel or government officials will ask you questions as below.
Your detailed response is very much appreciated.

이 기록지는 메르스 바이러스 감염 관련 역학조사를 위한 서식입니다. 담당의료진 또는 보건소 담당자는 귀하에게 아래의 사항에 대해 질문하게 됩니다. 질문에 대한 성실한 답변을 부탁드립니다.

Personal Information 인적사항

Name 이름		Nationality 국적		Passport No. 여권번호	
Date of birth 생년월일		Sex 성별	<input type="checkbox"/> M 남 <input type="checkbox"/> F 여	Phone No. 연락처(본인)	
Address 거주지 주소				Name and phone No. (for contact in case of emergency) 비상연락처(보호자)	
Occupation 직업	* Name of Work or School 직장명/학교명				

Travel History (Check ☒ or write) 중동지역 체류 및 공항 이용 정보(해당사항에 ☒ 표시 또는 기재)

Place of last stay (within 14 days before arrival) 체류 지역 (입국 전 14일 이내)	Country 국가명	City 도시명	Period (mm/dd/yyyy) ~ (mm/dd/yyyy)
Departure 출국 일시	(/ / ,) (dd/mm/yyyy, hr) 년/월/일/시		
Arrival 입국 일시	(/ / ,) (dd/mm/yyyy, hr) 년/월/일/시 * Flight No. 항공편 ()		
Stopover 입국 시 경유지	Country 국가명	City 도시명	Period (mm/dd/yyyy) ~ (mm/dd/yyyy)
	Did you leave the airport during a stopover? 공항 밖 출입 여부 <input type="checkbox"/> Yes 출입함 (Purpose 목적 Duration 체류시간) <input type="checkbox"/> No 출입안함 Did you use a smoking room at the airport? 공항 내 흡연실 출입여부 <input type="checkbox"/> Yes 출입함 <input type="checkbox"/> No 출입안함		
Purpose of stay 체류목적	<input type="checkbox"/> Residence 거주 <input type="checkbox"/> Tourism 관광 <input type="checkbox"/> Business 업무(출장) <input type="checkbox"/> Other 기타 ()		
Travel companion(s) 동반여행자	<input type="checkbox"/> Yes 있음 (Person(s)명) <input type="checkbox"/> No 없음		
Risk factors during stay 체류 중 감염 위험요인	<input type="checkbox"/> Contact with camel 낙타 접촉 (<input type="checkbox"/> Two-humped 쌍봉낙타 <input type="checkbox"/> Single-hump 단봉낙타 <input type="checkbox"/> Do not know 모름) <input type="checkbox"/> Raw camel milk intake 생낙타유 섭취 <input type="checkbox"/> Raw camel meat intake 생낙타고기 섭취 (Date and place of contact/intake 접촉/섭취 날짜 및 장소) <input type="checkbox"/> Contact with other animals 기타 동물 접촉 () <input type="checkbox"/> None 해당없음 <input type="checkbox"/> Contact with suspected patient 의심환자 접촉 <input type="checkbox"/> None 해당없음 (Date and place of contact 접촉 날짜 및 장소) <input type="checkbox"/> Visit to healthcare facilities in the Middle East 현지병원 방문 <input type="checkbox"/> None 해당없음 (Date 방문일 Purpose 목적 Hospital/clinic name 병원명) <input type="checkbox"/> Contact with a person(s) showing MERS-related symptoms while traveling the Middle East region 중동지역 방문 시 유증상자 접촉 여부 <input type="checkbox"/> Contact with a person(s) showing symptoms of fever or respiratory diseases after traveling the Middle East region 중동지역 방문 후 발열 및 호흡기 유증상자 접촉 여부 <input type="checkbox"/> None 해당없음		

Clinical Symptoms (Check ☒ or write) 임상증상(해당사항에 ☒표시 또는 기재)

Date and time of onset of symptoms 최초 증상 발현일시	(/ / ,) (dd/mm/yyyy, hr) 년/월/일/시			
Initial symptoms 최초 증상	<input type="checkbox"/> Fever 발열 (°C)	<input type="checkbox"/> Cough 기침	<input type="checkbox"/> Sputum 가래	<input type="checkbox"/> Shortness of breath 숨가쁨
	<input type="checkbox"/> Chill 오한	<input type="checkbox"/> Muscle pain 근육통	<input type="checkbox"/> Diarrhea 설사	<input type="checkbox"/> Other 기타 ()
Current symptoms 현재 증상	<input type="checkbox"/> Fever 발열 (°C)	<input type="checkbox"/> Cough 기침	<input type="checkbox"/> Sputum 가래	<input type="checkbox"/> Shortness of breath 숨가쁨
	<input type="checkbox"/> Chill 오한	<input type="checkbox"/> Muscle pain 근육통	<input type="checkbox"/> Diarrhea 설사	<input type="checkbox"/> Other 기타 ()
Use of fever reducing medications 해열제 복용여부	<input type="checkbox"/> Yes 예 (date and time of last use 마지막 복용시간) <input type="checkbox"/> No 아니오			
Underlying diseases 기저 질환	<input type="checkbox"/> Yes 예 (Name of the disease : 질환명) <input type="checkbox"/> No 아니오			
Smoking status 흡연 여부	<input type="checkbox"/> Smoker 예 <input type="checkbox"/> Non-smoker 아니오			

Close Contact (if applicable) 밀접접촉자(해당사항에 기재)

Places visited and people contacted after onset of symptoms 증상 발현 후 이동 장소 및 접촉자	Places visited 이동장소	
	No. of people you came in contact with and their names 인원수 및 이름	

Others (Check ☒) 기타(해당사항에 ☒표시)

Did you receive information (including leaflet) on MERS prevention at the port of entry? 입국 시 공항에서 메르스 예방주의 안내 홍보물 수령 여부	<input type="checkbox"/> Yes 예 <input type="checkbox"/> No 아니오
Did you hear an announcement in your last flight about reporting to 1339 when you develop MERS symptoms after arrival? 입국 시 항공기 기내방송을 통한 메르스 증상발생시 1339 신고 안내 청취 여부	<input type="checkbox"/> Yes 예 <input type="checkbox"/> No 아니오

※ Refusing, obstructing, or avoiding the epidemiological investigation without due cause; making a false statement; submitting false material, deliberately omitting, or covering up any relevant facts are all prohibited (Violations can be punished by a prison sentence of less than two years or a fine of below KRW 20mil in accordance with the Article 79 of the Infectious Disease Control and Prevention Act.)

본 조사와 관련하여 귀하는 정당한 사유 없이 역학조사를 거부·방해 또는 회피하는 행위, 거짓으로 진술하거나 거짓 자료를 제출하는 행위, 고의적으로 사실을 누락·은폐하는 행위를 하여서는 안됩니다. (감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제79조에 따라 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금)