

门诊病历

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 职业: 专业技术人员 现住址: 沈阳市
皇姑区金川江街40号4-7-2
联系电话: [REDACTED] 病历号: 66898669

就诊科别: 呼吸与危重症门诊

就诊时间: 2020-04-13 09:49

供史者: 患者本人

主诉:

现病史: 患者无咳嗽, 无发热, 无咽痛, 无流涕, 无气短, 无腹痛腹泻。

既往史:

健康 否认药物过敏史

个人史:

- 1、发病前14天有无武汉市及周边地区, 或其他有病例报告社区的旅行史或居住史: 否
 - 2、发病前14天是否有与新型冠状病毒感染者(核酸检测阳性者)接触史: 否
 - 3、发病前14天是否曾接触过来自武汉市及周边地区, 或来自病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者: 否
 - 4、聚集性发病: 否
 - 5、乘坐交通工具来沈, 车次号(), 航班号(), 乘坐时间(): 否
- 体格检查: 神志清, 呼吸平稳, 双肺呼吸音粗, 心率85次/分, 律整,

专科检查:

辅助检查: 2020-04-13 血常规+C反应蛋白: 白细胞 $5.82 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞比率 50.70%、C反应蛋白 $<0.80 \text{ mg/L}$ 。

胸部CT: 胸部(平扫):

动脉硬化。

肝右叶胆管内结石或钙化灶。

门诊诊断:

门诊病历

处理意见：
建议患者定期复查肺部CT。

患者目前无新冠肺炎疑似依据。

医师签



- 신종 코로나바이러스 감염증 ("2019新型冠状病毒") -

건강상태 확인서 (健康申报表)

성명 (姓名) 潭集集	성별 (性别) <input checked="" type="checkbox"/> 남 (男) <input type="checkbox"/> 여 (女)
국적 (国籍) 中国	생년월일 (出生日期) 1993年06月08日
여권번호 (护照号码) E2784968	한국 입국 예정일 (拟入韩日期) 2020年7月23日
본국 내 주소 (在华住址) 辽宁省沈阳市和平区十三纬路	본국 내 연락처 (在华联系方式) 138xxxxx9219
한국 내 주소 (在韩住址) 20, Jangchungdan-ro 13-gil, Jung-gu	한국 내 연락처 (在韩联系方式)

최근 30일 동안 체류한 도시를 모두 적으시오.
请填写最近30天内停留过的所有城市的名称。

1) **沈阳** 2) 3) 4) 5)

최근 14일 이내에 후베이(湖北) 전역 또는 우한(武漢)에 방문 또는 체류한 사실이 있습니까?
最近14天内, 是否访问过湖北地区或武汉市或者在此地区停留过?

예 (是) 아니오 (否)

최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 하십시오.
是否曾经在14天内或正在患有下列症状, 请在相应[]内打√。

<input type="checkbox"/> 발열 (发烧)	<input type="checkbox"/> 오한 (发冷)	<input type="checkbox"/> 두통 (头痛)	<input type="checkbox"/> 인후통 (咽痛)	<input type="checkbox"/> 콧물 (流鼻涕)
<input type="checkbox"/> 기침 (咳嗽)	<input type="checkbox"/> 호흡곤란 (呼吸困难)	<input type="checkbox"/> 구토 (呕吐)	<input type="checkbox"/> 복통 또는 설사 (腹痛或腹泻)	<input type="checkbox"/> 발진 (出疹)
<input type="checkbox"/> 황달 (黄疸)	<input type="checkbox"/> 의식저하 (意识模糊)	<input type="checkbox"/> 점막 지속 출혈 (粘膜出血不止) * 눈, 코, 입 등 (眼、鼻、嘴等)	<input type="checkbox"/> 그 밖의 증상 (其他症状) ()	

위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 "√" 표시를 하십시오.
如有上列症状, 请在下列相应[]内打√。

<input type="checkbox"/> 증상 관련 약 복용 중 (正在服用相关药物)	<input type="checkbox"/> 병원 치료·진료를 받음 (在医院接受过或正在接受诊疗治疗)
--	---

해당 증상이 없는 경우에는 우측 "증상 없음"란에 "√" 표시를 하십시오.
如无症状, 请在右侧[] (无症状) 内打√。

증상 없음 (无症状)

본 확인서 작성을 기피하거나 거짓으로 작성하여 제출하는 경우 「출입국관리법」에 따라 사증발급 또는 입국이 거부되거나 체류가 제한될 수 있습니다.
如回避填写本表, 或者填写的内容不属实, 一经发现, 根据大韩民国《出入国管理法》规定, 会被拒签或拒绝入境, 或者在韩停留会受到限制。

작성인은 위 건강상태 질문서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.
本人申明上述表格中所填写的内容属实。

Date (日期), (年/月/日) **2020.06.23**
Applicant (申请人) (签名) **潭集集**

주선양대한민국총영사관 귀하 大韩民国驻沈阳总领事馆

격리 동의서 (隔离同意书)

< 아래사항에 동의 거부 시 입국 불허나 강제퇴거조치 함,
如果不同意下列事项, 将被拒绝入境或驱逐出境。 >

본인은 감염병예방법 제42조 및 검역법 제16조 등에 따라 입국 후 14일간 격리조치(①자가 격리 또는 ②대한민국 정부가 별도 지정하는 시설에 격리)를 받음에 동의하며, ②의 경우 이로 인한 식비, 숙박비, 교통비 등 제반비용을 충당하기 위해 부과되는 비용(1인당 140만원)을 입국 시 전액 납부하는 것에 동의합니다.(입국심사에서 격리 면제자로 결정되는 경우에는 해당 없음)

本人(上述人员)同意, 按照《大韩民国关于传染病预防及管理的法律》第四十二条的规定以及《大韩民国检疫法》第十六条的规定, 入境大韩民国后接受为期14天的集中隔离(①居家隔离 或 ②在大韩民国政府定点设施内隔离), 因在'②'情况下发生的餐费、住宿费和交通费等所有费用(每人140万韩元)由本人入境时自行支付。(免于隔离人员与上述内容无关)

동의함/同意 동의하지 않음/不同意

日期 2020년 (年) 06 월(月) 23 일 (日)

(서명 또는 인) (签或章) 