

약학대학 자가진단 문진표 일지(일일 작성)

학번: _____ 연락처: _____ 성명: _____ (인)

[개인정보 수집 이동 동의]

[민감정보 수집 이동 동의]

1)수집,이용 목적: 출입허가증 발급, 사고 발생시 경위파악, 관계기관의 합법적 요청에 따른 출입기록 제공
 2)수집,이용 항목: 성명, 학과, 학번, 연락처, 최근 방문지역 정보
 3)보유기간: 3개월
 *개인정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 수 있습니다.
 그러나 동의를 거부할 경우 건물 출입 및 기말고사 응시가 제한 됩니다.

1)수집,이용 목적: 출입허가증 발급, 사고 발생시 경위파악, 관계기관의 합법적 요청에 따른 출입기록 제공
 2)수집,이용 항목: 건강정보(코로나 19관련)
 3)보유기간: 3개월
 *민감정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 수 있습니다.
 그러나 동의를 거부할 경우 건물 출입 및 기말고사 응시가 제한 됩니다.

개인정보 수집,이용 동의

예 아니오

민감정보 수집,이용 동의

예 아니오

구분	1	2	3	4	5	비고
날짜	1. 최근 1~2일내 새로 발생한 발열 또는 기침,콧물, 인후통, 급성호흡 곤란이 있습니까? (*예로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	2. 최근 14일 이내 해외를 방문(거주)한 적이 있습니까? (*예로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	3. 최근 14일 이내 가족, 동거인 중 해외를 다녀온 사람이 있습니까? (*예 로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	4. 최근 14일 이내 코로나 19확진자와 만난 적이 있습니까? (*예 로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	5. 해외를 제외한 코로나-19 감염의 위험이 있을 수 있는 장소에 다녀온 적이 있습니까?	1문항을 "예"로 표시한 경우, 해당증상에 "○표시) 1) 발열(37.5) 2)기침 3)가래 4)인후통 5)급성호흡 곤란 2~4 문항을 "예"로 표시한 경우, 1)방문지역: 2)방문기간: 20 년 월 일~ 20 년 월 일
2020-06-06	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-07	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-08	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-09	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-10	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-11	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-12	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-13	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-14	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-15	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-16	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-17	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-18	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-19	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-20	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

약학대학 자가진단 문진표 일지(일일 작성)

학번: _____ 연락처: _____ 성명: _____ (인)

[개인정보 수집 이동 동의]

[민감정보 수집 이동 동의]

1)수집,이용 목적: 출입허가증 발급, 사고 발생시 경위파악, 관계기관의 합법적 요청에 따른 출입기록 제공
 2)수집,이용 항목: 성명, 학과, 학번, 연락처, 최근 방문지역 정보
 3)보유기간: 3개월
 *개인정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 수 있습니다.
 그러나 동의를 거부할 경우 건물 출입 및 기말고사 응시가 제한 됩니다.

1)수집,이용 목적: 출입허가증 발급, 사고 발생시 경위파악, 관계기관의 합법적 요청에 따른 출입기록 제공
 2)수집,이용 항목: 건강정보(코로나 19관련)
 3)보유기간: 3개월
 *민감정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 수 있습니다.
 그러나 동의를 거부할 경우 건물 출입 및 기말고사 응시가 제한 됩니다.

개인정보 수집,이용 동의

예 아니오

민감정보 수집,이용 동의

예 아니오

구분	1	2	3	4	5	비고
날짜	1. 최근 1~2일내 새로 발생한 발열 또는 기침,콧물, 인후통, 급성호흡 곤란이 있습니까? (*예로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	2. 최근 14일 이내 해외를 방문(거주)한 적이 있습니까? (*예로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	3. 최근 14일 이내 가족, 동거인 중 해외를 다녀온 사람이 있습니까? (*예 로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	4. 최근 14일 이내 코로나 19확진자와 만난 적이 있습니까? (*예 로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	5. 해외를 제외한 코로나-19 감염의 위험이 있을 수 있는 장소에 다녀온 적이 있습니까? (*예 로 표시할 경우 비교란에 상세히 작성)	1)방향: "예"로 표시한 경우, 해당증상에 "○표시) 1) 발열(37.5) 2)기침 3)가래 4)인후통 5)급성호흡 곤란 2~4 문항을 "예"로 표시한 경우, 1)방문지역: 2)방문기간: 20 년 월 일~ 20 년 월 일
2020-06-21	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-22	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-23	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-24	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-25	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-26	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-27	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-28	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-29	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-06-30	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-07-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-07-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-07-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-07-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2020-07-05	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	