|  |  |
| --- | --- |
| 건강진단서(코로나19)/健康诊断书(新冠)**Certificate of Health（COVID-19）** | 사진/照片(Photo)3㎝×4㎝※도장날인钢印或骑缝章 |
| 성명/姓名(Name) | 성별/性别(Sex)□ M(남/男) □ F(여/女) |
| 생년월일/出生日期(Date of Birth) | 전화번호/电话号码(Phone Number) |
| 여권번호/护照号码(Passport Number) | 주소/地址(Address) |

**검사내용/检查内容**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 아래 증상이 있을 경우, 해당 증상[ ]에 √표시 / 是否患有下列症状，请在相应[ ]内打√

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] 발열发热 | [ ]기침咳嗽 | [ ]오한怕冷 | [ ]두통头痛 | [ ]근육통肌肉酸痛 | [ ]폐렴肺炎 | [ ]호흡곤란呼吸困难 |

\* 코로나19 관련 증상 없을 경우, 아래[ ]（증상 무）에 √표시如无新冠肺炎相关症状，请在下方[ ]（无症状）内打√。[ ]（증상무/无症状） |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. 핵산검사 결과**/核酸检查结果 | □검사방법/检测方法（ ）[ ]양성/阳性(positive) [ ]음성/阴性(negative) |
| **3. 수검자 체류에 대한 의견**/对受检者停留的意见 | [ ]정상적인 활동가능/可进行正常活动[ ]정상적인 활동불가/不可进行正常活动 |
| **담당의사**/检查医生姓名 | **(**서명/签章**)** |

이상은 수검자 건강상태의 결과 및 평가임 / 以上是对受检者健康状态的结果与评估。

**20 . . .**

|  |
| --- |
| 병원/医院 **(**날인/印章**)****( Hospital) (signature)** |

\*진단서 확인 책임자/报告确认负责人： 연락처/联系方式：