



TỜ KHAI THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH
(환자정보신고서) (PATIENT DECLARATION FORM)

Hành chính 기본정보 General information	Họ và tên (이름) (Full name): Giới: Nam <input type="checkbox"/> Nữ: <input type="checkbox"/> 성별 : 남 <input type="checkbox"/> 여: <input type="checkbox"/> Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Nămsinh: 출생연월: Date of birth: Quốc tịch: 국적: Nationality:
	Địa chỉ: 주소 : Address:	Điện thoại: 전화 : Tel. number:
	Nơi ở tại Việt Nam: (베트남 현지 주소) (Current residence in Vietnam):	
	Các nơi bạn đã đi qua trong thời gian 14 ngày gần đây (liệt kê tên thành phố và quốc gia) 최근 14 일 이내 방문한 국가 및 지역 Places you have visited in the last 14 days (listing all cities/countries/regions).....	
Câu hỏi? 문진 항목 Questionnaire	1. Có đi Trung Quốc, Hồng Kông, Nhật Bản, Hàn Quốc hoặc sân bay quốc tế trong thời gian 14 ngày gần đây không? 최근 14 일 내에 중국, 홍콩, 일본, 한국 또는 타국 제공항을 방문한 적이 있습니까? Have you been to China, Hongkong, Japan, Korea or any international airports in the last 14 days?	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	2. Có tiếp xúc với người bị bệnh nghi bị viêm phổi coronavirus không? 최근 14 일 내에 코로나바이러스 의심 환자와 대화하거나 접촉한 적이 있습니까? Have you communicated/approached with a suspected corona virus person?	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	3. Có các triệu chứng sau đây không? 하기의 관련 증상이 있습니까? Do you have any of these symptoms?	
	Sốt 발열 Fever	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Ho 기침 Cough	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Đau họng 인후염 Sore throat	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Hắt hơi, chảy nước mũi 재채기, 콧물 Sneezing, runny nose	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Mỏi cơ 피로 Fatigue	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Khó thở, tức ngực 호흡 곤란, 가슴 통증 Trouble breathing/stifling, chest pain	Có: <input type="checkbox"/> Không: <input type="checkbox"/> 예: <input type="checkbox"/> 아니오: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	