**코로나19 거주자 자기변호 서식**

이 서식의 목적은 코로나19 팬데믹 동안 치료가 필요한 지원 주택 거주자를 위해 의료진 및 병원 근로자에게 중요한 정보를 제공하는 것입니다. 의료진이 개인의 건강 및 주거 상황에 대한 중요한 정보를 알 수 있게끔 거주자에게 병원에 가져갈 사본을 제공하는 것을 권장합니다.

**날짜**:

*환자 정보*

*코로나19 검사*

|  |  |
| --- | --- |
| **성**: | **생년월일**: |
| **이름**: |  |
| **주소**: | **선호 언어:** |
| **전화:** |  |
| **환자의 사례 관리자 연락처 : 이름**: | **1차 의료 연락처: 기관** |
| **이메일**: | **이름:** |
| **전화**: | **전화:** |
| **최근친 연락처**: **이름**:  **이메일: 전화**: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 환자는 코로나19 검사를  받았습니까? | 예 |  | 아니요 |  | 모름 | |  |  |
| 검사를 받은 곳  검사 날짜 | | | | | | | |
| 검사 결과 | 코로나19 확진  모름/미확정 | | | | |  |  | |
|  |
| 환자는 코로나19 양성 환자와 접촉한 적이 있습니까? | 확인됨  모름 | | | | | | | |

*코로나19 합병증 위험이 있는 건강 배경 정보*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 만성 신체 질환  진단 | **설명**: |
|  | 정신건강 상태 진단 | **설명**: |
|  | 물질 사용 장애 | **설명**: |

*코로나19 증상*

*격리/자가격리*

*기타 사항 (약물 등)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 환자는 안전하게 자가격리할 장소가 있습니까? | 예  아니요 |  |  |
|  |
| 이미 자가격리를 했다면,  시작 날짜는 언제입니까? | 날짜 선택: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 첫 증상 발생일: | 있으면 체크 | | |
| 발열. 있다면 최근 체온: |  | | |
| 마른 기침 |  |  |  |
| 호흡 곤란 |  |  |  |
| 피로 |  | | |
|  |  |  |