- 신종 코로나바이러스 감염증 (Novel Coronavirus) -
건강상태 확인서
(Health Condition Report Form)

성명(Name)	성별(Sex) ☐ 남(M) ☐ 여(F)
국적(Nationality)	생년월일(Date of Birth) (MM/DD/YYYY)
여권번호(Passport Number)	한국 입국 예정일(Expected Date of Entry) (MM/DD/YYYY)
본국 내 주소(Address in Home Country)	본국 내 연락처(Phone Number in Home Country)
한국 내 주소(Address in Korea)	한국 내 연락처(Phone Number in Korea)

최근 30일 동안 체류한 도시를 모두 적으시오.
Please list all cities you have stayed within 30 days prior to application.

1)	2)	3)	4)	5)

최근 14일 이내에 후베이(湖北) 전역 또는 우한(武漢)에 방문 또는 체류한 사실이 있습니까?
Have you visited or stayed in Hubei or Wuhan, China within 14 days prior to application?

[ ]예(Yes) [ ]아니오(No)

최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 하십시오.
Please mark any of the following symptoms you currently have or have experienced in the last 14 days

[ ]발열(Fever)	[ ]오한(Chills)	[ ]두통(Headache)	[ ]인후통 (Sore throat)	[ ]콧물 (Runny nose)
[ ]기침(Cough)	[ ]호흡곤란 (Shortness of breath)	[ ]구토(Vomiting)	[ ]복통 또는 설사 (Abdominal pain or Diarrhea)	[ ]발진(Rash)
[ ]황달(Jaundice)	[ ]의식저하 (Loss of consciousness)	[ ]점막 지속 출혈 (Bloody mucus) * 눈, 코, 입 등 (*Eyes, nose, mouth, etc.)	[ ]그 밖의 증상(Other symptoms) ( )	

위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 "√" 표시를 하십시오.
If you marked any of the above symptoms, please mark all of the following that apply.

[ ] 증상 관련 약 복용 중 (Medication taken for symptoms)	[ ] 병원 치료·진료를 받음 (Undergone diagnosis or medical care)

해당 증상이 없는 경우에는 우측 "증상 없음"란에 "√" 표시를 하십시오. (If none of the symptoms apply, please mark the "No Symptoms" box.)	[ ] 증상 없음 (No Symptoms)

본 확인서 작성을 기피하거나 거짓으로 작성하여 제출하는 경우 「출입국관리법」에 따라 **사증 발급 또는 입국이 거부되거나 체류가 제한될 수 있습니다.**
Making false statements concerning your health or failing to fill out the form may result in a denial of visa, entry into or permission of stay in the ROK in accordance with the Immigration Act of the Republic of Korea.

작성인은 위 건강상태 질문서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.
I confirm that the information provided above is true and correct.

Date (MM/DD/YYYY)

Applicant (Signature)

주휴스턴대한민국총영사관 귀하
Consulate General of the Republic of Korea in Houston