

인적사항

1. 이름:

2. 생년월일 (예시: 19860901):

3. 이메일 주소:

4. 핸드폰 번호:

5. 태어났을 당시 성별

남자

여자

그 외

답하고 싶지 않음

현재 임신 중 입니까? 아니면 다음달에 임신 가능성이 있습니까?

예

아니요

6. 현재의 젠더(gender)가 태어났을 당시의 성별과 같습니까?

예

아니요

답하고 싶지 않음

7. 나이: ____세

8. 체중: _____lbs

9. 키: ____feet, _____inches

10. 민족/혈통 (해당 항목 모두 체크):

히스패닉 또는 라틴계

유럽계 백인

- 아시안계
- 아프리카계
- 북미 원주민
- 태평양 열도 주민
- 모름
- 답하고 싶지 않음

11. 현재 거주지에 혼자 살고 있습니까?

- 예
- 아니요

혼자 살고 있지 않다면 거주지에 몇 명이 함께 삽니까? (간병인, 룸메이트, 자신포함)

(없는 경우 0 을 기입)

- ___ 3 세 미만
- ___ 3 ~ 6 세
- ___ 7 ~ 17 세
- ___ 18 ~ 25 세
- ___ 26 ~ 40 세
- ___ 41 ~ 64 세
- ___ 65 ~ 79 세
- ___ 80 세 이상

13. 주소 (지역 파악 목적):

코로나 19 관련 질문

14. 코로나 19 진단을 받은 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

15. 코로나 19 검사를 받은 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

코로나 19 검사를 받은 장소는 어디입니까?

- 병원, 실험실, 또는 드라이브 스루 (drive through)
- 응급실
- 그 외

그 외라면 정확히 어느 장소에서 검사를 받았습니까?

테스트를 받는 시점에 증상이 있었습니까?

- 예
- 아니요

코로나 19 테스트를 받은 이유가 무엇입니까?

- 의사 권유 및 의료 관련 종사자의 권유
- 의심 증상 환자가 거주자 중에 있었기 때문에
- 그 외

그 외 라면 어떤 이유로 테스트를 받게 되었습니까?

증상을 설명하십시오 (해당 항목 모두 체크).

- 없음
- 기침, ___일 동안
- 목 따가움, ___일 동안
- 100.4 (화씨) 이상의 발열, ___일 동안
- 최고 온도 ___
- 오한
- 두통
- 부분적 후각 상실, ___일 동안

- 완전한 후각 상실, ___일 동안
- 부분적 미각 상실, ___일 동안
- 완전한 미각 상실, ___일 동안
- 숨가쁨, ___일 동안
- 피로/무기력증
- 근육통
- 콧물
- 설사
- 메스꺼움 또는 구토
- 얼굴 또는 입술 붉어짐
- 의식 상실
- 가슴 압박감
- 경도 결막염 또는 충혈안
- 그 외 (증상을 써주세요):

기침은 몇일 동안 지속되었나요?

기침의 종류:

- 마른 기침
- 젖은 기침
- 그 외: _____

첫번째 증상이 발생 한 날짜:

첫번째 증상이 완화된 날짜를 기억나는 대로 기입하세요:

17. 증상이 나타나기 전에 해외 방문을 한적이 있습니까? (해외에서 코로나 감염 의심)

- 아니요
- 예, 나라이름: _____, 여행기간: _____

18. 당신은 코로나 19 에 감염자나 또는 의심 환자와 접촉한 적이 있습니까?

- 예; 감염자와 접촉한 적이 있다.

- 예; 의심 환자와 접촉한 적이 있다.
- 아니요; 접촉한 적이 없다
- 잘 모르겠다

General Health questions

19. 당신의 건강 상태는 어느 정도입니까?

- 매우 좋음
- 좋음
- 적당함
- 안 좋음

20. 사회적 거리 두기 (social distancing) 를 시행하기 전에 당신의 평균적 사회적 활동이 어느정도입니까?

- 매우 활동적이다 (일주일에 4~7 번 밖으로 나간다)
- 활동적이다 (일주일에 2~3 번은 밖으로 나간다)
- 활동이 거의 없다 (밖으로 잘 나가지 않는다)

21. CDC 가 권장하는 사회적 거리 두기를 당신은 얼마나 준수하고 있습니까? (1: 거의 준수하고 있지 않다. 5: 철저히 준수하고 있다)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

22. 의사나 의료관련 종사자들에게 다음과 같은 질병을 진단 받은 적이 있습니까?
(해당항목 모두 체크)

- 폐병
 - 천식
 - 만성 폐쇄성 폐질환 (Chronic obstructive pulmonary disorder)
 - 특발성폐섬유증 (Idiopathic pulmonary fibrosis)
 - 기관지 확장 (Bronchiectasis)
 - 알파-1 항트립신 결핍증 (Alpha-1 antitrypsin deficiency)

- 그 외 폐 질환
- 심장병
 - 선천성 심질환 (congenital heart disease)
 - 관상동맥질환 (Coronary artery disease/history of myocardial infraction)
 - 울혈성 심부전 (Congestive heart failure)
- 고혈압
- 고지방혈 (Hyperlipidemia/hypercholesterolemia)
- 빈혈증 (Anemia)
- 간질환 (Liver disease)
- 당뇨병
- 비만
- 관절염
 - 류머티스성 관절염
 - 골관절염
- 염증성 장질환(Inflammatory bowel disease)
- 암
- 낭포성 섬유증 (Cystic fibrosis)
- 만성신부전(Chronic kidney disease)
- 신경질환 (루게릭, 다발성 경화증, 파킨슨, 헌팅턴 무도병)
- 치매
- 그 외: _____
- 해당 없음

23. 장기 이식을 받은 적이 있습니까?

- 아니요
- 예, (이식한 장기를 정확하게 기입해 주세요) _____

24. 면역 관련된 상태를 진단 받거나 치료받은 적이 있습니까?

- 자가 면역 질환 (Autoimmune condition) (해당항목 전부를 표시해주세요)
 - 갑상선(Thyroid)
 - 전신성 홍반성 낭창, 루푸스(Lupus)

- 다발성 경화증 (Multiple sclerosis)
- 혈구감소 (Cytopenia)
- 대장염/염증성 장질환 (Colitis/inflammatory bowel disease)
- 그 외: _____
- 염증 관련 질환(있을 경우): _____
- 주기적/빈번한 발열 (Periodic/Frequent fevers)
- 면역 결핍 (Immune deficiency)
- 재발성 사마귀 (Recurrent warts or viral skin infections)
- 계절성 알레르기/ 건초열 (Season allergies/hay fever)
- 음식 알레르기 (Food allergies)
- 구강발진 (Cold sores)
- 대상포진 (Shingles)
- 습진 (Eczema)
- 두드러기 (Hives)
- 해당 없음

25. 현재 다음과 같은 약을 일주일에 적어도 한번 복용하고 있습니까? (해당 항목 모두 체크)

- 비스테로이드성 항염증제 (소염진통제) 또는 NSAIDS (아스피린(aspirin), 세레콕시브 (celecoxib), 디클로페낙 (diclofenac), 캄비아 (Cambia), 카타프람 (Cataflam), 볼타렌 (Voltaren), 디플루니살 (diflunisal), 에토돌락 (etodolac), 이부프로펜 (ibuprofen), 모트린 (Motrin), 애드빌 (Advil), 인도메타신 (indomethacin), 인도신 (Indocin), 케토프로펜 (ketoprofen), 케톨락 (ketorolac), 나부메톤 (nabumetone), 나프록센 (naproxen), 알레브 (Aleve), 아나프록스 (Anaprox), 나프렐란 (Naprelan), 나프로신 (Naprosyn), 옥사프로진 (oxaprozin), 데이프로 (Daypro), 피록시캠 (piroxicam), 펠덴 (Feldene), 샬살레이트 (salsalate), 디살레이트 (Disalate), 솔린다크 (sulidnac), 톨메틴 (tolmetin))
- 아세트아미노펜 (Acetaminophen), 베나드릴 (Benadryl), Robitussin, Sudafed, 타이레놀 (Tylenol), 엑세드린 (Excedrin), 시누탭 (Sinutab), Vicks
- Asthma Meds (기관지 확장제 (bronchodilator) 벤토린 (Ventolin), 알부테롤 (albuterol))
- 코르티코스테로이드류 (Corticosteroids) 예, 프레드니손(prednisone),

- Inhaled corticosteroids
- Inhaled Bronchodilators
- 신경통 약(Nerve pain medication), 가바펜틴 (Gabapetin)
- 당뇨병 약(Diabetic medication), 메트포르민 (Metformin)
- Anti-TNF medications (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, others)
- Blood Thinning Medications (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.)
- ACE inhibitors for the treatment of hypertension (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.)
- A statin to lower cholesterol (such as atorvastatin or simvastatin)
- Angiotensin Receptor Blockers for hypertension (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)
- JAK Inhibitors (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Hydroxychloroquine
- IL-6 pathway inhibitors (sarilumab, tocilizumab, siltuximab, others)
- 갑상선 약물 레보 티록신(Thyroid medication levothyroxine)
- A beta-blocker to lower blood pressure (메토프롤롤 (metoprolol), 아테놀롤 (atenolol), 트라마돌 (tramadol), ...)
- Other (처방 되거나 처방 되지 않은 비타민 또는 보충제)
- 해당 없음

26. 6 개월 이내에 독감 백신 접종을 받은 적이 있습니까?

- 예, 날짜(기억나는 대로): _____
- 아니요
- 기억이 나지 않는다

27. 코로나 발생 이전, 최근에 독감에 걸리거나 독감과 비슷한 증상을 앓은 적이 있습니까?

- 예, 날짜: _____
- 아니요

28. 얼마나 자주 독감에 걸리니까?

- 전혀 걸리지 않는다
- 가끔 걸린다
- 1 년에 한번
- 일년 두 번 이상

29. 마지막으로 항생제를 복용한 건 언제 입니까?

- 현재 복용 중
- 이번 달
- 지난 달
- 2 달 전
- 6 달 전
- 1 년 이내
- 1 년 이후
- 복용한 적 없음

30. 마리화나 같은 기분 전환 약제를 복용한 적이 있습니까?

- 아니요
- 예, 얼마나 자주 복용합니까? _____

31. 흡연 여부

- 흡연 경험이 없음
- 정기적으로 흡연을 한 적이 없음
- 정기적으로 흡연을 한 적이 있지만 지금은 금연 중
- 가끔 흡연을 함 (정기적으로 한 적은 없음)
- 매일 흡연. 하루에 담배를 얼마나 피웁니까? _____

32. Vape (불연성 담배에서 나오는 연기를 통한 흡연) 여부

- Vape 를 한 적이 없음
- 정기적으로 vape 한 적이 없음
- 정기적으로 vape 를 한 적이 있지만 지금은 하지 않음
- 가끔 vape 를 함 (정기적으로 한 적은 없음)
- 매일 vape 를 함

33. 이수한 최고 학년 또는 학력은 무엇입니까?

- 초등학교
- 직업학교

- 고등학교
- 대학/학사 학위
- 석사과정 또는 그 이상

34. 직업은 무엇입니까? _____

35. 당신은 직업 특성상 특정 위험에 노출되어 있습니까?

- 가스, 매연
- 의료시설
- 납
- 석면
- 과도한 땀, 탈수, 또는 노동을 요하는 직업
- 그 외
- 해당 없음

36. 일상적인 신체 활동 수준은 무엇입니까?

- 책을 읽고 TV 를 시청하고 육체적으로 부담되지 않은 집안일을 한다
- 일주일에 여러 날 동안 걷거나 자전거를 타거나 신체적으로 활동적이다 (걷기, 사냥, 가벼운 원예 작업 등)
- 일주일에 몇 시간 동안 지구력 운동을 한다(조깅, 스키, 웨이트 트레이닝, 미용 체조, 수영, 구기 종목 또는 육체적으로 부담이 되는 원예 작업 등)
- 매일 경기 스포츠를 위해 훈련한다