

학내 감염성 질환 발생 보고서

환자	이 름		성 별		나 이	
	생년월일		전화번호1		전화번호2	
	대 학/기관		학과/부서		국 적	
	학번/직번		학년/담당업무		지도교수 (해당 시)	
	거주지	☐ 가족과 거주 ☐ 자취 ☐ 관악사 ☐ 가족생활동 ☐ 기타()		실제 거주지 상세 주소 ※기숙사의 경우 동, 호까지 표기		
	동거인			환자와의 관계		
	학내 주 체류지	※ 주 3일 이상, 하루 3시간 이상 지속적인 체류 장소를 구체적으로 기입(해당 사항이 있으면 기입) <예> ○동 ○호 ○○○ 연구실				
	학내 밀접 접촉인	총 ○명 (장소 :)				
질 환	진단명	☐ 폐결핵 ☐ 결핵성흉막염 ☐ 기타 결핵 ☐ 인플루엔자(독감) ☐ 수두 ☐ 홍역 ☐ 풍진 ☐ 볼거리(유행성이하선염) ☐ 뇌수막염 ☐ 장티푸스 ☐ A형간염 ☐ 유행성 각결막염 ☐ 기타 유행성 감염 질환()				
	최초 진단기관		진단 일자	년	월	일
	치료 병원/기관		치료 시작일	년	월	일
	객담 검사 ※결핵환자만 작성	도말검사 ☐ 양성 ☐ 음성 배양검사 ☐ 양성 ☐ 음성	격리 시작일	년	월	일
	호흡기 증상	☐ 기침 ☐ 가래 ☐ 기타()	증상 발생시점			
	기타 결과 및 특이사항					
신고 대학/기관 명						
신고 일자		년		월		일
환자관리 책임자		이름		직위		
		연락번호				
신고 기관장		이름		직위		