

성병 표본감시 신고서				
수 신 : 보건소장				
표본감시기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일				
성 별	연령 (만)	진단일	질 환 명	환자 구분
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 클라미디아감염증 <input type="checkbox"/> 성기단순포진(초발) <input type="checkbox"/> 성기단순포진(재발) <input type="checkbox"/> 연성하감 <input type="checkbox"/> 침규곤달름(초발) <input type="checkbox"/> 침규곤달름(재발) <input type="checkbox"/> 비임균성요도염	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 의사환자
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 클라미디아감염증 <input type="checkbox"/> 성기단순포진(초발) <input type="checkbox"/> 성기단순포진(재발) <input type="checkbox"/> 연성하감 <input type="checkbox"/> 침규곤달름(초발) <input type="checkbox"/> 침규곤달름(재발) <input type="checkbox"/> 비임균성요도염	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 의사환자
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 클라미디아감염증 <input type="checkbox"/> 성기단순포진(초발) <input type="checkbox"/> 성기단순포진(재발) <input type="checkbox"/> 연성하감 <input type="checkbox"/> 침규곤달름(초발) <input type="checkbox"/> 침규곤달름(재발) <input type="checkbox"/> 비임균성요도염	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 의사환자
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 클라미디아감염증 <input type="checkbox"/> 성기단순포진(초발) <input type="checkbox"/> 성기단순포진(재발) <input type="checkbox"/> 연성하감 <input type="checkbox"/> 침규곤달름(초발) <input type="checkbox"/> 침규곤달름(재발) <input type="checkbox"/> 비임균성요도염	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 의사환자
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 클라미디아감염증 <input type="checkbox"/> 성기단순포진(초발) <input type="checkbox"/> 성기단순포진(재발) <input type="checkbox"/> 연성하감 <input type="checkbox"/> 침규곤달름(초발) <input type="checkbox"/> 침규곤달름(재발) <input type="checkbox"/> 비임균성요도염	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 의사환자
신고일 : 년 월 일				
의료기관명 :		요양기관지정번호 :		
주 소 :		전화번호(- -)		
진단 의사 성명 :		(서명 또는 날인)		
면 허 번 호 :		전 문 과 목 :		
작성 요령 ① 동일인이 여러 질병에 동시에 감염된 경우 개별칸에 작성한 후(표시로 묶습니다). ② 비임균성요도염은 보건소에서만 신고하고 의료기관에서는 신고하지 않습니다.				

Supplement 1. Official report form for sexually transmitted diseases from the Korean National Infectious Diseases Surveillance of the Korea Centers for Disease Control and Prevention.