



조건적 직원 및 조리 직원 인터뷰

이 인터뷰의 목적은 조건적 직원 및 조리 직원이 과거 및 현재의 상태에 대해 담당자에게 조언을 제공하여 담당자가 식품매개질병의 전염을 예방하기 위한 적절한 단계를 밟도록 하는 것입니다.

조건적 직원의 이름 (활자체) _____

조리 직원의 이름 (활자체) _____

주소 _____

전화번호 _____ 날짜 _____

다음 증상으로 고생을 하고 계십니까: (한 개만 동그라미를 쳐주세요) 예인 경우, 시작된 날짜

설사	예	아니오	_____
구토	예	아니오	_____
황달	예	아니오	_____
열이 동반된 인후염	예	아니오	_____

혹은
 손, 손목, 노출된 신체 부위 또는 기타 신체 부위에서 열려서 흘러내거나 감염이 된 상처 또는 부상 또는 고름이 있는 병변 및 제대로 봉합되지 않은 상처, 부상 또는 병변 (종기와 작은 감염된 부상같은)
 예 아니오 _____

과거에:

열을 동반한 장티푸스 질병의 진단을 받으신 적이 있습니까(살모넬라 타이피) 예 아니오

예라면 진단받은 날짜? _____

지난 3개월 이내에 받았다면, 살모넬라 타이피에 대해 항생제를 복용하였습니까? 예 아니오

예라면, 살모넬라 타이피에 대해 몇 일동안 항생제를 복용하였습니까? _____ 일

항생제를 복용하였다면, 처방량을 다 복용하였습니까? 예 아니오



노출 이력

1. 최근에 확인된 식품매개질병 유행병을 유발하거나 또는 노출된 적이 있습니까?

예 아니오

a. 예라면 질병의 원인이 무엇이었고 그것이 다음 범주에 해당됩니까?

원인:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 노로 바이러스 (지난 48시간 내에 노출됨) | 질병 발병일 _____ |
| 시가톡신 생성 대장균 (지난 3일 내에 노출됨) | 질병 발병일 _____ |
| A형 간염 (지난 30일 내에 노출됨) | 질병 발병일 _____ |
| 장티푸스 (지난 14일 내에 노출됨) | 질병 발병일 _____ |
| 세균성 이질 (지난 3일 내에 노출됨) | 질병 발병일 _____ |
| 장티푸스성 살모넬라증 (지난 3일 내에 노출됨) | 질병 발병일 _____ |

조건적 직원 및 조리 직원 인터뷰 (계속)

b. 예라면 다음을 하셨습니까?:

발병에 포함되는 음식 섭취하셨습니까? 예 아니오

발병의 근원이 되는 음식물 시설에서 작업을 하셨습니까? 예 아니오

질병이 있는 사람이 만든 음식을 이벤트에서 섭취하셨습니까? 예 아니오

2. 최근에 확인된 질병 발병이 있는 곳에서 이벤트나 일에 참여를 하셨습니까? 예 아니오

예라면 확인된 질병의 유발 원인이 무엇이었습니까? _____

다음 6개 병원균 중 하나가 원인이었다면 병원균에 대한 노출이 다음 범주에 해당됩니까?

a. 노로바이러스 (지난 48시간 내에 노출됨) 예 아니오



조건적 직원 및 조리 직원 보고 동의서

이 동의서의 목적은 조건적 직원 및 조리 직원이 과거 및 현재의 상태에 대해 담당자에게 조언을 제공하여 담당자가 식품매개질병의 전염을 예방하기 위한 적절한 단계를 밟도록 하는 것입니다.

본인은 담당자에게 보고할 것에 동의합니다:

시작 날짜를 포함하여 직장 내 또는 밖에서 다음 증상의 발현

1. 설사
2. 구토
3. 황달
4. 열이 동반된 인후염
5. 손, 손목, 노출된 신체 부위 또는 기타 신체 부위에서 열려서 흘러내거나 감염이 된 상처 또는 부상 또는 고름이 있는 병변 및 제대로 봉합되지 않은 상처, 부상 또는 병변 (종기와 작은 감염된 부상같은)

향후 의료 진단:

노로 바이러스, 시가톡신 생성 대장균, A형 간염, (A형 간염 바이러스 감염), 장티푸스 (살모넬라 타이피), 세균성 이질(쉬겔라 종 감염) 또는 장티푸스성 살모넬라증으로 진단을 받았을 때.

식품매개질병에 대한 향후 노출

1. 노로 바이러스, 시가톡신 생성 대장균, A형 간염, 장티푸스, 세균성 이질, 또는 장티푸스성 살모넬라증의 확인된 발병에 대한 노출 또는 유발의 원인으로 의심이 되는 경우
2. 세균성 이질, 또는 장티푸스성 살모넬라증으로 인한 진단을 받은 사람이 가족 구성원인 경우
3. 노로바이러스, 시가톡신 생성 대장균, A형 간염, 장티푸스, 세균성 이질, 또는 장티푸스성 살모넬라증의 질병 발병 지역을 가족 중 한 명이 다녀오거나 일을 한 경우

본인은 델라웨어주 식품 규정에 따른 본인의 책임 요건을 읽었고 (또는 설명을 들었고) 이해하였으며 다음을 준수할 것에 동의합니다:

1. 증상, 진단 및 노출과 관련하여 위에 기재된 요건을 보고
2. 본인에게 부여된 일 제한 또는 열외 사항
3. 깨끗한 위생 관리

본인은 본 동의서의 조항 조건을 준수하지 않을 경우 음식 시설 또는 음식 규제 기관이 집행하는 본인의 해고 및 법적 조치 가능성에 대해 이해합니다.



조건적 직원의 서명 _____ 날짜 _____

조리 직원의 서명 _____ 날짜 _____

면허 소지인 또는 대표의 서명 _____ 날짜 _____