



## 서식2

## 가정 내 건강관리 기록지

학년/반	학생 성명	보호자 성명	보호자 연락처

본인 또는 가족(동거인)의 해외여행력	여행자	여행일자	여행 국가

일자	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정된 체온(°C) (또는 발열 여부) (발열시 해열제 복용 여부)						
호흡기 증상 등 유무*						
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)						
보호자 확인						
일자	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정된 체온(°C) (또는 발열 여부) (발열시 해열제 복용 여부)						
호흡기 증상 등 유무*						
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)						
보호자 확인						

\* 기침, 호흡곤란, 인후통

※ 코로나19 임상증상이 발견되어 신속항원검사를 실시하였으나 검사결과 음성이며 증상에 소실이 없어 등교를 중지할 경우에 사용

※ 이후에도 증상이 소실이 없을 경우 신속항원검사 재검사 혹은 PCR검사 시행

※ 증상이 있을 경우 다중이용시설, 사적모임제한 KF94이상의 마스크 착용

※ 출처: 유·초·중등 및 특수학교 코로나19 감염예방 관리 안내 제5-2판