

가정 내 건강관리 기록지

등교 중지 가정 확인서

학 번	이 름	보호자 성명(관계)	보호자 연락처
본인 또는 가족(동거인)의 해외여행력		여행자(관계)	여행일자
			여행국가
가족(동거인)의 확진 또는 격리대상 유무	확진자(관계)	격리자(관계)	확진 및 격리기간
	월 일	월 일	월 일
체온(℃)			
해열제 복용여부(O,X)			
호흡기증상*			
기타증상**			
보호자확인(사인)			
선별진료소 문의 및 방문(✓체크)			
코로나19검사(✓체크)			
병원 진료 일자(✓체크)			

*호흡기증상: 기침, 인후통, 호흡곤란

**기타증상: 설사, 메스꺼움(오심), 미각·후각 마비

※ 의심증상자는 즉시 보건소(063-540-4553) 또는 1339 또는 063120에 연락하여 조치에 따르도록 합니다.

※ 검사결과가 나올 때 까지 자가격리 수칙을 지키며 생활합니다.

※ 검사결과가 음성이 확인되고, 증상이 없으면 담임 선생님에게 연락 후 등교하도록 합니다.

의심 증상이 있어 등교 중지 하였습니다.
증상이 소실되어 학교에 정상 등교합니다.

2020년

월

일

본 인 : (인)

보 호 자 : (인)