

양식1

가정 내 건강관리 기록지

전주동신초등학교

학년/반	학생 성명	보호자 성명	비고

본인 또는 가족(동거인)의 해외여행력	여행자	여행일자	여행 국가

일자	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)						
호흡기 증상 (기침, 인후통, 호흡곤란, 가래, 콧물, 코막힘 등)						
기타 증상 (오한, 근육통, 두통, 후각·미각소실, 피로, 오심, 구토, 설사, 근육통 등)						
건강 상태 자가진단 참여	유 / 무	유 / 무	유 / 무	유 / 무	유 / 무	유 / 무
보호자 확인(서명)						

일자	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)						
호흡기 증상 (기침, 인후통, 호흡곤란, 가래, 콧물, 코막힘 등)						
기타 증상 (오한, 근육통, 두통, 후각·미각소실, 피로, 오심, 구토, 설사, 근육통 등)						
건강 상태 자가진단 참여	유 / 무	유 / 무	유 / 무	유 / 무	유 / 무	유 / 무
보호자 확인(서명)						

학부 모 의 견 서

_____학년 _____반 이름:_____

위 학생은 코로나19 임상증상으로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해 자율보호 및 등교중지를 (_____월 _____일부터 _____월 _____일까지) 실시했습니다.

등교 당일 가정에서 확인한 학생의 건강상태는 아래와 같습니다.

등교 당일 아침 건강상태

☐ 체온: _____℃

☐ 등교 당일 약 복용 여부 : 유() 무() ※꾸준히 먹는 약이면 ‘무’로 체크

→ 체온이 37.5℃ 이상이거나 약을 복용 중인 경우 등교할 수 없습니다.

☐ 호흡기증상(기침, 인후통, 호흡곤란 등): 유() 무()

☐ 기타증상(오한, 근육통, 두통, 후각·미각소실 등): 유() 무()

※ 아래 ①~④번 중 해당되는 한 가지 사항을 선택하시고, 학교 제출 서류를 확인해주세요.

구분 (☑체크)	<input type="checkbox"/> ①선별진료소 방문 검사	<input type="checkbox"/> ②선별진료소 문의 후 병원 진료	<input type="checkbox"/> ③고위험군학생 (기저질환 및 장애)	<input type="checkbox"/> ④일반 병원 진료 및 자택 자율 보호
선별진료소 방문 (문의)	○	○	-	X
선별진료소 검사	○	X	-	X
증빙서류 구비항목 (☑체크)	<input type="checkbox"/> 음성 문자 통지 사본 <input type="checkbox"/> 가정 내 건강관리 기록지 (양식1) <input type="checkbox"/> 학부모 의견서(양식2)	<input type="checkbox"/> 선별진료소 방문(문의) 학부모 확인서(양식3) <input type="checkbox"/> 가정 내 건강관리 기록지 (양식1) <input type="checkbox"/> 학부모 의견서(양식2) <input type="checkbox"/> 병원처방전(의사소견서)	<input type="checkbox"/> 의사소견서(진단서) (*결석일부터 5일 이내 서류 또는 매 학기초 제출 서류)	<input type="checkbox"/> 결석계 <input type="checkbox"/> 의사소견(진단서) (*결석3일 이상) <input type="checkbox"/> 가정 내 건강관리 기록지 <input type="checkbox"/> 학부모 의견서
등교중지 출결처리	증빙서류 구비시 출석인정결석	증빙서류 구비시 출석인정결석	<심각·경계 단계> 출석인정결석 <관심·주의 단계> 질병결석	질병결석

★★★ 코로나19 임상증상자가 등교를 희망하는 경우 ★★★

①선별진료소 검사결과, ②의사소견서 2가지 서류 모두 제출 후 등교가 가능합니다.

위와 같은 학생의 건강 상태와 증빙 서류를 구비하여 등교하고자 합니다.

2021년 _____월 _____일

보호자명:

(서명 또는 인)

전주동신초등학교장 귀하

선별진료소 방문(문의) 학부모 확인서

아래 학생은 코로나19 주요 임상증상이 발현하여 코로나19 대응 및 감염예방 관리 지침(중대본, 교육부, 전라북도교육청)에 따라 코로나19 검사를 받기 위해 ()선별진료소에 방문() 또는 문의() 하였음을 확인합니다.(※ 방문 또는 문의에 √체크 하시기 바람)

■ 선별진료소 방문(문의) 내역

대 상	()학년 ()반 성명:
선별진료소 문의 일시	2021년 월 일 시경
선별진료소 안내 사항	예) 병원 진료 안내 받음 등

2021년 월 일

보호자명 : (서명)

방문 및 문의처: 덕진선별진료소 ☎(063)281-6341~4