

## 등교중지 및 진료 확인서 안내

(앞면)

학년      반      이름 :

안녕하세요? 가정에 건강과 행복이 함께 하길 기원합니다.

위 학생은 감염병 (                      )에 감염되었거나 의심되어 다른 학생의 감염을 예방하기 위하여 등교중지를 권고하오니, 뒷면 진료확인서에서 의사가 적시한 기간동안 등교중지 시키고 아래의 가정에서 지켜야 할 사항을 준수하여 주시기 바랍니다.

### 등교중지 기간 및 가정에서 지켜야 할 사항

1. 완치될 때까지 가정 또는 병·의원에서 격리치료를 받습니다.
2. 학교 밖 교육시설(학원, 교습소, 개인과외 등) 이용과정에서 타 학생 감염이 초래되지 않도록 가정 내 생활지도를 철저히 하여야 합니다.
3. 가족 간에도 감염 우려가 있으므로 가정 내에서도 위생관리를 철저히 합니다.
4. 완쾌 후 등교할 때는 담임선생님께 진료 확인서, 의사소견서, 진단서, 처방전 중 1부를 제출하여 주시기 바랍니다.

※ 등교중지 기간까지 완치되지 않은 경우 전염력이 없다는 의사의 진단일까지 기간을 연장합니다.

※ 등교중지 기간은 결석으로 처리되지 않습니다.

#### <관계법령>

- ◆ 학교보건법 제8조, 동법 시행령 제22조
- ◆ 초·중등교육법 제64조, 동법 시행령 제47조
- ◆ 교육과학기술부훈령 제205호「학교생활기록 작성 및 관리 지침」제8조의 제2항
- ◆ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조

2018.      .      .

정읍초등학교장

## 진 료 확 인 서

안녕하십니까? 항상 본교 학생들의 질병관리에 힘써주심에 감사드립니다.

본교에서는 **학교보건법 제8조 및 동법 시행령 제22조에 의거 법정감염병 또는 감염성이 강하여 학교 내 단체생활에 피해가 우려되는 질병**에 대하여 병원의 소견서를 근거로 등교중지를 통해 가정에서 요양하도록 하고 있습니다.

등교중지 대상자 선별을 위해서 의사선생님의 진단과 소견을 참고하고자 하오니 아래의 내용을 참고하시어 적어 보내주시면 대단히 감사하겠습니다.

학년    반    번    이름 : \_\_\_\_\_

1. 진단(의심)질환명 :

2. 발 병 일 :

3. 소견내용 :

위 환자는 상기질환으로 약 \_\_\_\_ 월 \_\_\_\_ 일 부터 \_\_\_\_ 월 \_\_\_\_ 일 까지의 (통원, 입원) 치료를 요하나, 증상의 호전정도에 따라 그 기간의 증감이 필요하고, 추후 위 질환과 관련된 합병증의 관찰과 계속적인 주의를 요합니다.

4. 특이소견(전염성 여부 및 참고사항 기록) :

발 행 일 : 2018.    .    .

의 사 명 :    (인)

(※고무인 유효함)

정읍초등학교장 귀하