

# 등교중지 학생 보호자 확인서 (가정 내 건강관리 기록지)

학년 반 번호 이름:

## 1. 검사 결과 기록

해당항목에 체크(✓) 또는 (O)	검사 종류 및 시행 여부			
	신속항원검사(자가키트) <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>	미 실시 <input type="checkbox"/>	코로나19 기 확진자 <input type="checkbox"/>
검사 일시	날짜: 시간:	날짜: 시간:	사유:	검체채취일 : 격리해제일 :
검사 결과	음성 / 양성 (검체 점적 후 30분 이후 결과는 신뢰하지 않음)	음성 / 양성		
검사 장소 (가정/선별진료소 /의료기관)				
주의 사항	※신속항원검사의 경우 키트에 <b>유성펜으로 이름, 학번, 날짜, 시간 적어서</b> 사진을 찍어 본 등교중지 학생 보호자 확인서와 함께 담임교사에게 제출			

## 2. 가정 내 건강관리 기록지

일자	/	/	/	/	/	/	/
체온(°C) (또는 발열 여부)							
발열 시 해열제 복용 여부(o,x)							
호흡기 증상 유무 (목 아픔, 기침, 콧물 등)							
기타 증상 (두통, 근육통, 오한, 미각·후각 상실 등)							

## 3. 등교 당일 건강상태 확인

등교 당일 건강상태	
◎ 체온 :	°C (측정시간: )
◎ 등교 당일 해열제 복용 :	유( ) 무( )
◎ 호흡기증상(기침, 목 아픔, 호흡곤란 등) :	유( ) 무( )
◎ 기타 코로나19 임상증상 :	유( ) 무( )
※ 등교일 아침에 학생의 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.	

위 학생은 ( 코로나19 임상 증상자 / 수동감시자 / 기 확진자 )로, 감염병 예방 및 확산 방지를 위해  
자율 보호 및 등교중지를 ( 월 일부터 월 일까지) 실시했습니다.  
학생의 검사 정보 및 등교중지 기간 동안 가정 내 건강관리와 등교 당일 학생의 건강상태를 아래  
보호자가 확인 후 등교하고자 합니다.

2022년 월 일

학생과의 관계:

보호자 명:

(서명 또는 인)

전 주 용 소 중 학 장 귀 하

※ 모든 학생이 가정에서 매일 본인의 건강관리를 하는데 활용하며, 등교중지 된 학생의 경우에는 학교 복귀 시 출결증빙용으로 제출

※ 코로나19 임상증상: 주요 임상증상(발열, 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각 상실 또는 폐렴),

그 외 증상(피로, 식욕감소, 가래, 소화기증상(오심, 구토, 설사 등), 혼돈, 어지러움, 콧물이나 코막힘, 객혈, 흉통, 결막염, 피부 증상 등)