


## COVID-19 의심증상 관련 등교중지 확인서(학교 제출용)

## 웃터골초등학교

학년 반		학생 이름		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
가정 관찰 및 진료 의심 증상	<input type="checkbox"/> 발열 (37.5도) <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 인후통/목아픔 <input type="checkbox"/> 기타 증상 ( )	가정 관찰 및 진료 사유	<input type="checkbox"/> 교문귀가 <input type="checkbox"/> 일반적관찰실 귀가 <input type="checkbox"/> 등교중지(자택에서의 발열 및 호흡기증상)		
등교중지 인정기간	<등교중지 시작일> 2020. . . ~ <등교중지 종료일> 2020. . . ( 일간)		등교 일자	2020. . .	
가정 관찰 학부모 소견	2020. ( ). ( ). 보호자 성명 (인) 서명				
병원 진료여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	선별진료소 검진 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
병원 진료 의사 소견서	의료기관명 : 2020. ( ). ( ). 진료의사 성명 (인) 서명				
비 고					
유의사항	1. 가정 관찰 및 진료 의심 증상 또는 진료사유를 네모 박스 안에 체크 2. 가정 관찰만 하고 병원 진료를 받지 않은 경우는 가정 관찰 학부모 소견만 작성 단. 가정에서 의심증상으로 안정시 반드시 뒷면의 건강관리 기록지를 첨부하여 제출 3. 가정 관찰과 병원 진료를 받은 경우는 학부모 소견과 의사소견 두 개 다 작성 4. 학생이 학부모를 대신하여 서명한 경우에는 등교중지 증명서류로 인정하지 않을 수 있으므로 반드시 학부모 서명이나 도장을 찍어서 담임선생님께 제출				
웃터골초등학교장 귀하 <div>  가정내 관리시 뒷면 기록지 적어 제출 </div>					

붙임자료

## 가정 내 건강관리 기록지 (웃터골초등학교)

학년/반	학생 성명	보호자 성명	보호자 연락처

일자		월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(°C) (또는 발열 여부)							
호흡기 증상 등 유무* (기침, 인후통, 호흡곤란 등)							
본인 여행력	국내						
	국외 (해외)						
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)							
보호자 확인							
일자		월 일	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(°C) (또는 발열 여부)							
호흡기 증상 등 유무* (기침, 인후통, 호흡곤란 등)							
본인 여행력	국내						
	국외 (해외)						
기타 증상 (두통, 권태감, 설사 등)							
보호자 확인							

※ 모든 학생이 가정에서 매일 자기건강관리를 하는데 활용하며, 등교중지된 학생의 경우에는 학교 복귀시 등교중지로 인한 출석인정 증빙자료로 제출하여야 합니다.