서식 1 **보호자 확인서**

등교중지 학생 보호자 확인서

학년 반 번호 이름:

위 학생은 코로나19 유증상자로 감염병 예방 및 확산 방지를 위해 자율 보호 및 등교중지를 (월 일부터 월 일까지) 실시했습니다.

가정에서 확인한 학생의 현재 건강상태는 아래와 같습니다.

가정 내 건강관리 기록지 (※등교중지 기간이 연장되는 경우 뒷면에 이어서 기록)

일자	(예시) 3월 2일	등교중지 1일	등교중지 2일	등교중지 3일	등교중지 4일
		월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)	정상/36.5				
발열 시 해열제 복용 여부	없음/복용				
호흡기증상 등 유무 (예: 기침, 호흡곤란, 인후통)	없음/기침				
기타 증상 (예:오한,근육통,두통,미각 · 후각소실, 권태감, 설사 등)	없음/두통				
특이사항 (예: 병원진료,신속항원검사 등)	신속항원 검사(음성)				

등교 전 건강상태

□ 체온: ℃ (측정일시: 월 일 시간)

□ 코로나19 임상증상*: 유( ) 무( )

** 주요 증상: 발열(37.5℃ 이상), 기침, 호흡곤란, 오한, 근육통, 두통, 인후통, 후각·미각 소실 등*

** 그 외에 피로, 식욕감소, 가래, 소화기증상(오심, 구토, 설사 등), 혼돈, 어지러움, 이나 코막힘, 객혈, 흉통, 결막염, 피부 증상 등이 다양하게 나타남*

※ 등교일 아침에 학생의 건강상태를 살펴보고 작성하여 제출합니다.

위와 같이 학생의 건강상태가 양호하여 등교하고자 합니다.

20 년 월 일

학생과의 관계:

보 호 자 명 : (서명 또는 인)

청 평 중 학 교

가정 내 건강관리 기록지

일자	등교중지 5일	등교중지 6일	등교중지 7일	등교중지 8일	등교중지 9일
	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)					
발열 시 해열제 복용 여부					
호흡기증상 등 유무 (예: 기침, 호흡곤란, 인후통)					
기타 증상 (예: 오한, 근육통, 두통, 미각·후각소실, 권태감, 설사 등)					
특이사항 (예: 병원진료,신속항원검사 등)					
일자	등교중지 10일	등교중지 11일	등교중지 12일	등교중지 13일	등교중지 14일
	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)					
발열 시 해열제 복용 여부					
호흡기증상 등 유무 (예: 기침, 호흡곤란, 인후통)					
기타 증상 (예: 오한, 근육통, 두통, 미각·후각소실, 권태감, 설사 등)					
특이사항 (예: 병원진료,신속항원검사 등)					
일자	등교중지 15일	등교중지 16일	등교중지 17일	등교중지 18일	등교중지 19일
	월 일	월 일	월 일	월 일	월 일
가정에서 측정한 체온(℃) (또는 발열 여부)					
발열 시 해열제 복용 여부					
호흡기증상 등 유무 (예: 기침, 호흡곤란, 인후통)					
기타 증상 (예: 오한, 근육통, 두통, 미각·후각소실, 권태감, 설사 등)					
특이사항 (예: 병원진료,신속항원검사 등)					