



COVID-19 Student Daily Health Check Form

워싱턴 보건 노동 산업부는 교육구가 모든 학생을 선별하여 학생이 COVID-19를 가지고 있는지 또는 COVID-19에 노출된 개인과 긴밀한 접촉을 했는지 여부를 결정하도록 요구합니다.

Student Name (학생 이름)

Date (날짜)

School (학교)

Grade (학년)

지난 24시간 동안 학생(자녀/당사자)에게 다른 질환 때문에 발생한 것으로 생각되지 않는 다음과 같은 증상이 있었습니까?

- 화씨 100.4도/섭씨 38도 이상의 고열
- 근육통 또는 몸살
- 메스꺼움 또는 구토
- 기침
- 두통
- 설사
- 숨가쁨 또는 호흡곤란
- 미각 또는 후각 상실
- 그 외, 기저 질환(계절 알레르기 등)과 무관한 새로운 질환의 징후
- 오한
- 인후통
- 코막힘 또는 콧물
- 피로

예

아니요

학생은 지난 3일 동안 위에 기재된 COVID-19 증상들을 보였고, 24시간 넘게 지속된 적이 있습니까?

예

아니요

학생은 지난 14일 동안 COVID-19 확진자와 밀접 접촉한 적이 있습니까? 밀접 접촉이란 15분 이상 감염자와 6 피트(2미터) 이내 함께 있는 것을 의미 합니다.

예

아니요

지난 10일 동안 활성 바이러스에 대한 COVID-19 검사에서 양성 확진을 받은 적이 있습니까?

예

아니요

지난 14일 동안 COVID-19가 의심되어 공중보건국 또는 의료 전문가로부터 자가 관찰 또는 자가 격리를 지시받은 적이 있습니까?

예

아니요

위 질문 중에 "예"라고 대답한 것이 있다면, 해당 학생은 집에 머물러야 하며 학교에 연락해야 합니다.

Name of Person completing this form (사용자 이름)

Daytime Phone Number (전화 번호)

Signature (서명)

Date (날짜)