



학생 이름: _____ 학생 번호: _____
학교/학년도: _____ 학년: _____ 날짜: _____

결핵 증상 평가

_____ 기침이 3주 넘게 지속
_____ 설명할 수 없는 발열
_____ 피를 토하는 기침
_____ 설명할 수 없는 체중 감소
_____ 설명할 수 없는 가슴 통증
_____ 야간 발한
_____ 식욕 저하
_____ 피로

6세 미만 자녀의 경우

_____ 썩썩거림
_____ 성장 부진
_____ 활동량, 장난기 및/또는 에너지 감소
_____ 림프절 부종
_____ 성격 변화

학부모/보호자: 아래에 이니셜을 기입합니다:

_____ 학생은 결핵(TB)을 앓고 있는 것으로 알려졌거나 의심되는 어떤 개인과도 접촉한 적이 없습니다.
_____ 지난 _____에 실시한 결핵 검사에서 음성 판정을 받은 후, 학생은 결핵이 유행하는 나라에 거주하거나 여행한 적이 없습니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

학교 간호사의 서명: _____ 날짜: _____

학생이 위의 증상 중 하나 이상을 보인 경우, 입학 전에 추가 평가를 위해 의료 제공자에게 의뢰하십시오.

2026 년 1 월 29 일 개정