

2,3,5,6 학년 구강검진 · 기록지



※ (앞면 빨간색 부분만 작성요망)

<p>이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강상태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문 결과는 여러분이 진찰을 받을 때 참고하도록 할 것이며, 그 내용에 대하여는 비밀이 보장됩니다. 여러분의 솔직하고 성실한 답변은 여러분 자신에게 큰 도움이 될 것입니다.</p> <p>본인이 작성하지 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.</p>					수검자 인적사항				
					학교명		초등학교		
					학년 / 반 / 번호		학년	반	번
					성 명		성 별		남 · 여
					주민번호				
주 소		핸드폰 또는 집전화							
구강 증상에 대한 물음					구강 건강행태에 대한 물음				
※ 지난 1년간 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시해 주십시오.					※ 학생의 구강건강상태에 해당하는 번호에 "V" 표시해 주십시오.				
증 상		①있다	②없다	7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다					
1. 치아가 깨지거나 부러짐				8. 어제 하루동안 이를 닦을때를 모두 표시해 주십시오. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후					
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 먹을때 치아가 아픔				9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다					
3. 치아가 누시고 욱신거림				10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ①예 ②아니다 ③불소치약이 무엇인지 모름					
4. 잇몸이 아프거나 피가남									
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔									
6. 불쾌한 입 냄새가 남									
※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.									

구강검사 결과 및 판정												
초·중·고등학교 공통 항목						중·고등학교 추가 항목						
우식치아	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개	치주질환	①	없음	②	있음	치은출혈/비대 () 치석형성 () 치주낭형성 () 그 밖의 증상 ()	
우식발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개		①	없음	②	있음		
결손치아 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개	악관절이상	①	없음	②	있음		
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음 ()	고등학교 추가 항목							
부정교합	①	없음	②	요교정	③	교정중	치아마모증	①	없음	②	있음	
구강위생상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상 ()	
그 밖의 치아상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아상태 :						
종 합 소 건						가정에서의 조치사항						
판 정 치과 의사	면허번호					검진일 및 검진기관	검 진 일					
	의 사 명		(인)				검진기관명		좋은삼선병원			