

구강검진 문진표

(※음영부분만 작성하세요)

일반건강검진

생애전환기 건강진단

수검자 성명	주민등록 번호	전화 번호	자택 핸드폰
<input type="checkbox"/> 건강보험가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자		E-mail 주소	
주소			우편번호

※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

※(치과)병력과 증상

- 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 현재 당뇨병을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 현재 심혈관건강문제를 겪고 계십니까?(예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등) ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 최근 3개월 동안, 치아가 쏘이거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적 있습니까? ① 예 ② 아니오

※구강건강 삶의 질과 인식

- 최근 3개월 동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 스스로 생각할 때에 치아와 잇몸 등 자신의 구강건강이 어떤 편이라고 생각합니까?
① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다 ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

※흡연

- 담배를 피우십니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다

※구강위생관리

- 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦았습니까? 하루평균 ()회
- 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니다?
① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회) ③ 가끔했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)
- 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하셨습니다?
① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔했다 ④ 전혀 하지 않았다
⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다

※불소이용

- 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다

※식습관

- 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상
- 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예. 탄산음료, 스포츠음료 등)를 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않는다 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상

※특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

구강검진 결과통보서

일반건강검진

(※작성하지 마세요)

생애전환기 건강진단

성명	주민등록번호	-
건강검진일	년 월 일	건강검진장소 <input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

구강검진 종합소견

판정	<input type="checkbox"/> 양호	<input type="checkbox"/> 주의	<input type="checkbox"/> 질환의심	<input type="checkbox"/> 치료필요
○ 구강질환이 확인(또는 의심)됩니다.	○ 다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다.		○ 다음 사항에 대한 생활습관 개선이 필요합니다.	

구강검진 결과는?

문진표 평가	치과방문력	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	치아 통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	만성질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	잇몸 통증 혹은 출혈	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음

치아검사, 치아우식(충치)	우식(충치)치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	치주조직검사	치은염증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증
	우식(충치)의심치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음		치 석	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증
	수복(때우거나 씌운)치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	치면세균막검사(40세)	<input type="checkbox"/> 우수 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 개선요망	
	상실치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음			

기타 이상 소견	
----------	--

생활습관 위험도는?

		현재	목표	건강신호등
	구강위생관리	규칙적 칫솔질 치실, 치간칫솔 사용	하루 2회 이상 칫솔질 잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔 사용하기	
	불소이용	불소치약 사용	불소치약 사용	
	설탕섭취	당 함유 간식 섭취 당 함유 음료 섭취	당이 함유된 간식, 음료 하루 총 3회 이하 섭취	
	흡연	흡연여부	금연	

※ 위 결과는 문진표를 바탕으로 현재 상태와 목표치를 제시한 것입니다. 건강신호등에서 주의 또는 위험에 해당하는 요인에 대해서는 적극적인개선 노력이 필요합니다. 위 목표 상태는 일반적인 권고안에 따른 것으로, 개인의 건강수준에 따라 달라질 수 있으므로 치과의사와 상담하십시오.

귀하의 구강검진 결과를 위와 같이 통보합니다.

판정일	년 월 일	검진 의사명	(서명)
요양기관기호	21100501	검진기관명	좋은삼선병원 GOOD SAMSUN HOSPITAL
		면허(자격)번호	

※ 본 건강검진결과통보서는 상급병원에서 요양급여(진료)가 필요하다는 구강검진 종합소견이 있는 경우 **요양급여의뢰서(진료의뢰서)**로 발송됩니다.

www.samsun.or.kr