병원보관용

# 학생 건강검진 문진 기록지 (초등학교 1, 4학년용)

※ 앞뒷면의 신상명세란과 문진란(앞 뒤 파란색 부분)을 꼭 기재해 주시기 바랍니다.

| 학교명 | 학교 | | 학년 / 반 / 번호 | 학년 반 번 |
|---|---|---|---|---|
| 성 명 | | 성 별 | 남 · 여 | 주민번호 | |
| 주 소 | | | 보호자 연락처 | |

## 구강 증상에 대한 물음

※지난 1년간 학생이 경험한 증상 모두 "∨" 표시해 주십시오.

| 증 상 | ①있다 | ②없다 |
|---|---|---|
| 1. 치아가 깨지거나 부러짐 | | |
| 2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 먹을 때 치아가 아픔 | | |
| 3. 치아가 쑤시고 욱신거림 | | |
| 4. 잇몸이 아프거나 피가남 | | |
| 5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔 | | |
| 6. 불쾌한 입 냄새가 남 | | |

## 구강 건강행태에 대한 물음

※학생의 구강건강상태에 해당하는 번호에 "∨" 표시해 주십시오.

7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간적이 있습니까?
   ①있다 ②없다 ③모르겠다
8. 어제 하루동안 이를 닦을때를 모두 표시해 주십시오.
   ①아침식사 전 ②아침식사 후
   ③점심식사 후 ④저녁식사 후
   ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후
9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까?
   ①그렇다 ②보통이다 ③아니다
10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어있습니까?
    ①예 ②아니다 ③불소치약이 무엇인지 모름

※ 특별히 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

## ※ 이하 기재하지 말 것!

| 구 분 | 검 사 항 목 | | 검 사 결 과 | 구 분 | 검 사 항 목 | 검 사 결 과 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 신체발달상황 | 키 | | cm | 소 변 | 요 단 백 | |
| | 몸 무 게 | | kg | | 요 잠 혈 | |
| | 허리둘레 | | cm | | | |
| | 비 만 도 | | | 비만 초4 중1 고1 | 혈당(식전) | mg/dL |
| 근 · 골격 및 척추 | | | | | AST(SGOT) | U/L |
| 눈 | 시 력 | 나 안 | 좌 : 우 : | | ALT(SGPT) | U/L |
| | | 교 정 | 좌 : 우 : | | 총콜레스테롤 | mg/dL |
| | 눈 병 | | | | 트리그리세라이드(중성지방) | mg/dL |
| 귀 | 청 력 | | 좌 : 우 : | | LDL 콜레스테롤 | mg/dL |
| | 귓 병 | | | | HDL 콜레스테롤 | mg/dL |
| 콧병, 피부병, 목병 | | | | 고1여자 | 혈 색 소 | g/dL |
| | | | | 중1 고1 | 흉부방사선 ( ) | 1. 정 상 2. 비정상 ( ) |
| 기관능력 | 호 흡 기 | | | 혈 압 | 최 고 | mm/Hg |
| | 순 환 기 | | | | 최 저 | mm/Hg |
| | 비 뇨 기 | | | 진찰 및 상담 | 과거병력 | |
| | 소 화 기 | | | | 외상 및 후유증 | |
| | 신 경 계 | | | | 일반상태 | |
| | 기 타 | | | | | |
| 종합소견 및 가정에서의 조치사항 | | | | | | |
| 면 허 번 호 | | | | 의 사 명 | | ㊞ |

## 구강검사 결과 및 판정

초 · 중 · 고등학교 공통 항목

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 우식치아 | ① | 없음 | ② | 있음 | 상 ( )개<br>하 ( )개 | | | | | |
| 우식발생 위험치아 | ① | 없음 | ② | 있음 | 상 ( )개<br>하 ( )개 | | | | | |
| 결손치아 (영구치에 한함) | ① | 없음 | ② | 있음 | 상 ( )개<br>하 ( )개 | | | | | |
| 구내염 및 연조직질환 | ① | 없음 | ② | 있음 ( ) | | | | | | |
| 부정교합 | ① | 없음 | ② | 요교정 | ③ | 교정중 | | | | |
| 구강위생상태 | ① | 우수 | ② | 보통 | ③ | 개선요망 | | | | |
| 그 밖의 치아상태 | ① | 과잉치 | ② | 유치잔존 | ③ | 그 밖의 치아상태 : | | | | |

중 · 고등학교 추가 항목

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 치주질환 | ① | 없음 | ② | 있음 | 치은출혈/비대( )<br>치석형성 ( )<br>치주낭형성 ( )<br>그 밖의 증상 ( ) |
| 악관절이상 | ① | 없음 | ② | 있음 | |

고등학교 추가 항목

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 치아마모증 | ① | 없음 | ② | 있음 | |
| 제3대구치 (사랑니) | ① | 정상 | ② | 이상 ( ) | |

| 종 합 소 견 | 가정에서의 조치사항 |
|---|---|
| | |

| 판 정 치과의사 | 면허번호 | | 검진일 및 검진기관 | 검 진 일 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 의 사 명 | (인) | | 검진기관명 | 좋은삼선병원 |

병원보관용

# 문진표(초등학생용)

| 수검자 인적 사항 | 학교명 | 초등학교 | | |
|---|---|---|---|---|
| | 학년 / 반 / 번호 | 학년 반 번 | | |
| | 성명 | | | |
| | 성별 | □남 □여 | 생년월일 | |

이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 초등학교 1학년 학생은 부모님(보호자)이, 초등학교 4학년 학생은 본인 또는 부모님(보호자)과 상의하여 작성하기 바랍니다.

1. 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까? □예 □아니오
   1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )

2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까? □예 □아니오
   2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오.( )

3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까? □예 □아니오
   3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )

4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? □예 □아니오
   1-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )

5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? □예 □아니오
   5-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )

6. 최근 한 달간 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 하여 주십시오.

| 항목 | 나타나는 증상 | 예 | 아니오 |
|---|---|---|---|
| 전신상태 | 감기에 잘 걸리는 편이다. | | |
| | 온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로한 편이다. | | |
| | 건강하지 않다고 생각한다. | | |
| 호흡기 | 재채기와 함께 맑은 콧물이 흐를 때가 있다. | | |
| | 숨 쉴 때 소리가 난다. | | |
| | 기침과 함께 누런 가래가 올라온다. | | |
| | 열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다. | | |
| | 평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다. | | |
| 순환기 | 가만히 있어도 심장이 두근거린다. | | |
| | 운동을 할 때 몹시 숨이 차다. | | |
| 소화기 | 배가 자주 아프고 소화가 안 된다. | | |
| | 속이 답답하다. | | |
| | 배가 팽팽하거나 가스가 찬 듯한 느낌이 있다. | | |
| | 설사를 자주 한다. | | |
| 혈액 | 코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다. | | |
| | 몸에 멍이 잘 든다. | | |
| 그 밖의 증상 | 머리가 자주 아프다. | | |
| | 귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다. | | |
| | 귀에서 소리가 난다. | | |
| | 입이 잘 벌어지지 않는다. | | |
| | 목이나 허리가 아프다. | | |