병원보관용

학생 건강검진 문진 기록지 (중 · 고등학생용)

※ 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					
	순 환 기			혈 압	최 고	mm/Hg
	비 뇨 기				최 저	mm/Hg
	소 화 기			진찰 및 상담	과거병력	
	신 경 계				외상 및 후유증	
	기 타				일반상태	
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 하 ( )개			
우식발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 ( )개 하 ( )개			
결손치아 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상 ( )개 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( ) 치석형성 ( ) 치주낭형성 ( ) 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

문진표(중학생 · 고등학생용)

수검자 인적 사항				
	학교명	학교		
	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. 본인이 작성하되 5번 문항 및 잘 모르는 문항은 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 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 쌕쌕하는 소리나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 막힌다.		
	코를 심하게 곤다는 말을 듣는다.		
	목에서 몽우리가 만져진다.		
순환기	혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다.		
소화기	속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 것 같다.		
	아랫배가 살살 아프거나 설사를 자주 한다.		
혈액	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그 밖의 증상	두통이나 편두통이 심하다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 분비물이 나온다.		
	귀에서 매미우는 소리나 윙하는 소리가 들린다.		
	턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목·허리·무릎 등이 쑤시거나 아프다.		
	(여학생) 생리통이 심하다.		