

문진표(초등학생용)

☐ 이곳만 작성하세요.

수검자 인 적 사 항	학교명	초등학교		학년 / 반 / 번호		학년	반	번호
	성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민번호			

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?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.()			
2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오.()			
3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.()			
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
4-1. 있다면 기록하여 주십시오.()			
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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.		
순환기	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
	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.		

☐ 이곳만 작성하세요.

초등학생건강검사 기록지

학 교 명	학 교	과/학년/반/번호	과	학 년	반	번	성 별	남 · 여
성 명	전화번호		주민번호 (생년월일)					
주 소								

구 분	검 사 항 목	검 사 결 과	
신체발달	신 장	cm	체 중 kg
상 황	비 만 도	체질량지수	허리둘레(비만) cm
근·골격 및 척추형태	① 저체중 ② 정상 ③ 과체중 ④ 비만		
눈	시 력	나 안 좌: 우:	교 정 좌: 우:
	안 질 환	좌	① 없음 ② 결막염 ③ 사시 ④ 눈썹찢림증 ⑤ 기타()
		우	① 없음 ② 결막염 ③ 사시 ④ 눈썹찢림증 ⑤ 기타()
귀	청 력	좌 ① 정상 ② 이상 우 ① 정상 ② 이상	
	귓 병	좌	① 없음 ② 중이염 ③ 외이도염 ④ 기타()
		우	① 없음 ② 중이염 ③ 외이도염 ④ 기타()
콧 병	좌	① 없음 ② 부비동염 ③ 비염 ④ 기타()	
	우	① 없음 ② 부비동염 ③ 비염 ④ 기타()	
목 병	① 없음 ② 편도선비대 ③ 목부위림프절비대 ④ 갑상선비대 ⑤ 기타()		
피 부 병	① 없음 ② 아토피성피부염 ③ 전염성피부염 ④ 기타()		
진 찰 및 상 담	과 거 병 력	① 무/유 (② 간장질환 ③ 고혈압 ④ 뇌졸중 ⑤ 심장병 ⑥ 당뇨병 ⑦ 암 ⑧ 기타()	
	생 활 습 관	① 양호 / 개선필요 (② 음주 ③ 흡연 ④ 운동 ⑤ 체중 ⑥ 음식)	
	외상및후유증	① 무 ② 유	일 반 상 태 ① 양호 ② 보통 ③ 불량
혈압검사	최 고 / 최 저	/ mmHg	
소변검사	요 단 백	① 음성 ② 약양성 ③ +1 ④ +2 ⑤ +3 ⑥ +4	
	요 잠 혈	① 음성 ② 약양성 ③ +1 ④ +2 ⑤ +3 ⑥ +4	
혈액검사 (비 만)	혈 당(식전)	mg/dL	총 콜레스테롤 mg/dL
	LDL 콜레스테롤	mg/dL	트리글리세라이드 mg/dL
	HDL 콜레스테롤	mg/dL	AST(SGOT) U/L
	ALT(SGPT)	U/L	
그 밖 의 검 사			
종합판정	정 상 (A)	① 정상	
	정 상 (경계)	① 고혈압관리 ② 고지혈증관리 ③ 공복혈당장애 ④ 기타 ()	
	정밀검사요함 (질 환 의 심)	① 폐결핵의심 ② 기타흉부질환의심 ③ 고혈압의심 ④ 고지혈증의심 ⑤ 간장질환의심 ⑥ 당뇨질환의심 ⑦ 신장질환의심 ⑧ 빈혈증의심 ⑨ 기타질환의심 (① 척추, ② 눈병, ③ 귓병, ④ 콧병, ⑤ 목병, ⑥ 피부병, ⑦ 기타)	
중 합 소 권			
가정에서 조치할 사항			

요양기관기호	검진기관명	검 진 일
판정의사	(인) 면허번호	판 정 일