

초등학생용

학교명	분		학년		차트번호.	
성명	주민번호		반		번성별(남/여)	
주소			전화번호		번호	
			보호자번호			

현위치→ 2F 검진센터( ) → 2F 임상병리실( ) → 2F 검진센터 제출→ 귀가(접수)  
※음영 처리된 문진표에 전부 작성하시고 반드시 정자로 기입해 주시길 바랍니다.  
인적사항 작성 시 정확한 주소와 학년 반 번호, 주소들을 기록해 주세요.

(병원작성) 1차 건강진단									
신체발달	키	cm	귀		오른쪽		1(정상), 2(이상)		
	몸무게	kg			왼쪽		1(정상), 2(이상)		
	허리둘레	cm							
비만도	1(정상), 2(경도), 3(중등도), 4(고도)		혈압		수축기/이완기		mmHg		
	나안	좌 우	수축기	이완기					
혈액검사	교정	좌 우	요단백	①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4					
			요잠혈	①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4					
	혈당(공복)	mg/dl	(정상)100 이하 / (주의)100~125						
	총콜레스테롤	mg/dl	(정상)170 이하 / (주의)170~239						
	LDL-C	mg/dl	(정상)110 이하						
	HDL-C	mg/dl	(정상)45 이상						
	Triglyceride	mg/dl	(정상)90 이하						
	AST	U/L	(정상)40이하 / (주의)41~50						
ALT	U/L	(정상)40이하 / (주의)41~50							

(병원작성) 체질검사									
척추	안질환	귀병	코병	목병		피부병			
	1.없음	1.없음	1.없음	1.없음		1.없음			
	2.경막염	2.바깥귀관염(외이도염)	2.비염	2.갑상선비대		2.아토피성피부염			
	3.노출궤양증	3.중이염	3.코결막염(부비동염)	3.목부위림프절비대		3.진문성피부염			
	4.사시	4.기타( )	4.기타( )	4.편도선비대		4.기타( )			
5.기타( )	5.기타( )			5.기타( )					
진찰 및 상담	과거병력		① 무 ② 유 ③ 기타( )						
	외상 및 후유증		① 무 ② 유 ③ 기타( )						
	일반상태		① 보통 ② 양호 ③ 불량 ④ 기타( )						
	그 밖의 사항								
종합소견									
종합소견									
가정에서 조치사항									

검진일자	판정의사	검진기관	검진일	접수일	진주기독병원
------	------	------	-----	-----	--------

구강검진 문진표

\*작성해주세요

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강건강과 구강건강행태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문 결과는 여러분이 진찰을 받을 때 참고하도록 할 것이며, 그 내용에 대해서는 비밀이 보장됩니다. 여러분의 솔직하고 성실한 답변은 여러분의 자신에게 큰 도움이 될 것입니다. 본인이 작성하되 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.

구강 증상에 대한 물음		구강건강행태에 대한 물음	
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시를 해 주십시오.		※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 "V" 표시를 하여 주십시오.	
증상		①있다	②없다
1. 치아가 깨지거나 부러짐			7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔			8.아제 하루 동안 아를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후
3. 치아가 누시고 욕신거리고 아픔			9.과자 등 단음식이나 롤라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다
4. 잇몸이 아프거나 피가 남			10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욕신거리며 아픔			
6. 불편한 입 냄새가 남			

※ 특별한 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

구강검진 결과 기록 (병원작성)

구강검사 결과 및 판정									
초등학교·중학교·고등학교 공통 항목									
충치	① 없음	② 있음	상 ( )개	하 ( )개					
충치발생 위험치아	① 없음	② 있음	상 ( )개	하 ( )개					
결손치아 (영구치 중예)	① 없음	② 있음	상 ( )개	하 ( )개					
구내염 및 연조직질환	① 없음	② 있음	( )	( )					
부정교합	① 없음	② 교정필요	③ 교정 중						
구강위생상태	① 우수	② 보통	③ 개선요망						
그 밖의 치아 상태	① 과잉치	② 유치잔존	③ 그 밖의 치아상태						
종합소견									
종합소견									
가정에서의 조치사항									

판정	면허번호	검진일 및 검진기관	검진일	접수일	진주기독병원
치과 의사	의사명	(인)	검진기관명	접수일	진주기독병원

