

초등학생용 - [전주기독병원]

*음영 처리된 부분만 정자로 기입

학교명			분	반	학년	반	번	성별	(남 / 여)
성명			주민번호	-			전화번호		
주소							보호자번호		

현위치→ 1F 간호사 station → 2F 임상병리실 → 2F 검진센터 제출→ 귀가

(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		
눈	나안	좌	우	소변검사	요단백	①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4			
	교정	좌	우		요잠혈	①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4			
혈액검사	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.정상 2.전만 3.측만 4.후만 5.기타()	1.없음 2.결막염 3.눈썹찢림증 4.사시 5.기타()	1.없음 2.바깥귀길염 (외이도염) 3.중이염 4.기타()	1.없음 2.비염 3.코결막염(부비동염) 4.기타()	1.없음 2.갑상샘비대 3.목부위림프절비대 4.편도선비대 5.기타()	1.없음 2.아토피성피부염 3.전염성피부염 4.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		판정 의사	(인)	검진기관	전주기독병원

구강검진 문진표

*작성 해주세요

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강행태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문 결과는 여러분이 진찰을 받을 때 참고하도록 할 것이며, 그 내용에 대하여는 비밀이 보장됩니다. 여러분의 솔직하고 성실한 답변은 여러분 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	7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다 8.어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. 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 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름
1. 치아가 깨지거나 부러짐			
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔			
3. 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔			
4. 잇몸이 아프거나 피가 남			
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔			
6. 불쾌한 입 냄새가 남			
※ 특별히 <u>치과의사 선생님께</u> 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 중에)	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 치과의사	면허번호		검진일 및 검진기관	검진일 검진기관명	접수일 접수기관명
	의사명	(인)			전주기독병원