

초등학생용

학 교 명

효림초등학교

분

반

학 년

반

번

성 별

(남 / 여)

성 명

주민번호

-

전 화 번 호

주 소

보호자번호

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

(병원작성) 1차 건강진단

신체발달

키

cm

몸무게

kg

허리둘레

cm

귀

오른쪽

1(정상) , 2(이상)

왼쪽

1(정상) , 2(이상)

비만도

1(정상), 2(경도), 3(중등도), 4(고도)

혈압

수축기/이완기

mmHg

눈

나안

좌

우

교정

좌

우

소변검사

요단백

①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4

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

귓병

콧병

목병

피부병

1.정상
2.전만
3.측만
4.후만
5.기타()

1.없음
2.결막염
3.눈썹썹림증
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
상답

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

(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

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

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

※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

구강검진 결과 기록 (병원작성)

구강검사 결과 및 판정

초등학교 • 중학교 • 고등학교 공통 항목

총치

① 없음

② 있음

상 ()개
하 ()개

총치발생
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
치과 의사

면허번호

의사명

검진일 및
검진기관

검진일

접수일 같음

전주기독병원

건강상태 조사 설문지

*작성 해주세요

본 설문 조사는 학생들의 건강 생활 행동 양상을 파악하여 학생 스스로 건강관리능력을 향상시키기 위해 실시하고자 합니다. 이는 학교교육활동과 건강지도에 참고 자료가 되오니 정확하게 해당되는 란에 "V" 표시를 해 주십시오.

| 조사항목 | 조 사 내 용 | 예 | 자세하게 기입 | 아니오 |
|-----------------|---|---|-------------------|-----|
| 예방접종/ 병력 | * 심장병,간질환,백혈병 등으로 치료 받은 적이 있다 | ⇒ | 진단명: 언제: 치료방법: | |
| | * 최근 1년간 예방접종을 받은 적이 있다 | ⇒ | 예방접종명: 언제: 장소: | |
| | * 최근 1년간 가족 중 당뇨, 고혈압 등 가족력이 있는 질환으로 치료받은 적이 있다 | ⇒ | 진단명: 치료방법: | |
| 식생활/ 비만 | * 하루 세 끼 규칙적으로 식사를 한다 | | | |
| | * 인스턴트식품을 일주일에 2회 이상 먹는다 | | | |
| | * 매일 우유, 유제품, 채소, 과일 등을 먹는다 | | | |
| 위생관리 | * 외출 후, 식사 전 비누로 손을 씻는다 | | | |
| | * 식사 후, 잠자기 전에 이를 닦는다 | | | |
| 신체활동 | * 주3회 이상 땀이 날 정도의 운동을 한다 | ⇒ | 운동의 종류: 시간: | |
| | * 잠을 8시간이상 충분히 잔다 | | | |
| 학교생활/ 가정생활 | * 학교에 가고 싶지 않을 때가 자주 있다 | | | |
| | * 가정(가족) 내의 문제 때문에 걱정이 있다 | | | |
| 텔레비전/ 인터넷이용 | * TV 프로그램을 골라서 필요한 것만 본다 | | | |
| | * 인터넷이나 게임을 하루 2시간 이하로 한다 | | | |
| | * 음란물을 한 번이라도 본 적이 있다 | | | |
| 안전의식 | * 도로 횡단시 횡단보도에서 신호등을 지켜 건넌다 | | | |
| | * 자전거,인라인 등을 탈 때 보호장구를 착용한다 | | | |
| 학교폭력 | * 학교에서 누군가에게 협박이나 폭력을 당한 적이 있다 | | 언제: 어떻게: | |
| | * 무기로 사용할 목적으로 칼, 몽둥이 등을 가지고 다닌 적이 있다 | | | |
| 흡연/음주/ 약물오남용 | * 주변에 담배를 많이 피워 걱정되는 사람이 있다 | | | |
| | * 주변에 술을 많이 마셔 걱정되는 사람이 있다 | | | |
| | * 반드시 내 약인 것을 확인하고 약을 먹는다 | | | |
| 성의식 | * 내가 여자(남자)라서 행복하다 | | | |
| | * 싫은 느낌인데도 내 몸을 자주 만지는 사람이 있다 | | | |
| 사회성/ 정신건강 | * 친구들과 어울려 지내는 것이 매우 어렵다 | | | |
| | * 모든 것이 귀찮고 희망이 없다고 느낀다 | | | |
| 건강상담 | * 건강상담이 필요할 때 상담 받을 사람이 있다 | | | |
| 학교재량 | | | | |

문진표(초등학생용)

*작성 해주세요

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. | | |
| 순환기 | 열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다. | | |
| | 평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다. | | |
| | 가만히 있어도 심장이 두근거린다. | | |
| 소화기 | 운동을 할 때 몹시 숨이 차다. | | |
| | 배가 자주 아프고 소화가 안 된다. | | |
| | 속이 답답하다. | | |
| 혈액 | 배가 팽팽하거나 가스가 찬 듯한 느낌이 있다. | | |
| | 설사를 자주 한다. | | |
| | 코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다. | | |
| 그 밖의 증상 | 몸에 멍이 잘 든다. | | |
| | 머리가 자주 아프다. | | |
| | 귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다. | | |
| | 귀에서 소리가 난다. | | |
| | 입이 잘 벌어지지 않는다. | | |
| | 목이나 허리가 아프다. | | |