



건강검사 결과 안내

아동의 건강상태를 알아보기 위해 신체발달상황(키, 몸무게) 및 시력검사, 구강검사, 소변검사를 실시하였습니다. 아동의 건강상태를 확인하시고 시력저하(0.7이하)가 의심되는 아동은 안과검진을 한 후 회신문을 보내 주시기 바랍니다. 또한 비만 아동은 가능하다면 내과에서 혈액검사를 통해 성인병 유무 (간의 이상, 콜레스테롤 수치 등)를 확인하시기 바랍니다.

구강검사결과 이상소견이 있는 경우 치과에서 진료가 필요하며, 소변검사에서도 이상소견이 있을 경우 소변검사를 할 수 있는 가까운 소아과나 내과에서 검진을 통한 정확한 확인이 필요함을 안내드립니다.

♠ 건강검사 결과 ♠

학년 반 이름:

| 신체발달 상황 | | | | | | 시력(교정) | | 소변 검사 | 구강검사 | | |
|---------|-----|-----|----|-----|----|--------|---|----------|----------|----------|----------|
| 키 | 몸무게 | 비만도 | | | | 좌 | 우 | | 치아 우식 | 부정 교합 | 치주 질환 |
| | | 저체중 | 정상 | 과체중 | 비만 | | | | | | |
| cm | kg | | | | | | | | | | |

* 결과지는 검사 일정에 따라 학급별 별도 배부

2024. 5. .

익 산 어 양 초 등 학 교 장

결 위 선

◆ 안 과 검 진 회 신 서

학 년 반 번 이 름 :

| 진료내용 | 2차 시력검사 내용 | 오른쪽: | 왼쪽: |
|-------|------------------|------|-----|
| | 치료 및 의사소견 | | |
| 진료 확인 | 2024년 월 일 의료기관명: | | |

◆ 내 과 검 진 회 신 서

학 년 반 번 이 름 :

| 진료내용 | 2차 검사 내용 | |
|-------|------------------|--|
| | 치료 및 의사소견 | |
| 진료 확인 | 2024년 월 일 의료기관명: | |

◆ 치 과 검 진 회 신 서

학 년 반 번 이 름 :

| 진료내용 | 치료 기간 | |
|-------|------------------|--|
| | 치료 및 의사소견 | |
| 진료 확인 | 2024년 월 일 의료기관명: | |