



가정통신문

교무-141호

나에서 우리로! 더불어 성장하는 따뜻한 행복교육

4학년 구강 진료 지원사업 미참여자 교내 방문 진료 안내

우리 교육청에서는 초등학생 구강건강 유지 증진을 위하여 초등 4학년 대상 구강진료 지원사업을 추진하고 있습니다. 하지만 참여율이 10% 이내로 저조함에 따라 구강 진료 지원사업 참여 확대를 위해 **교육청 협약 치과의 병원 의사가 학교에 11월 15일 학교에 방문하여 예방 진료를** 시행할 예정입니다. 치과 방문이 어려워 학교에서 구강진료를 원하는 학생의 경우 **회신문과 동의서를 11월 3일까지** 담임교사에게 제출 부탁드립니다.

※ 학교 방문 치과 전문의 예방 진료 내용: 전문가 불소도포, 올바른 잇솔질 교육 등

개인별로 치과에 직접 방문하여 진료를 하고자 하는 학생은 11월 30일까지 치과에서 진료를 실시해 주시기 바랍니다. (기간 연장 불가)

※ 덴티아이앱 내 **설문조사만 참여한 학생(진료 진행이 안된 학생)**은 **교내에서 방문 진료 가능함.**

● 단, 개인별 치과 방문 진료와 교내 방문 진료는 중복 적용이 불가합니다.

☞ 초등학생 구강진료 지원사업 개요☞

대상 학년	구강진료 기관	진료 기간	진료 방법
전라북도교육청 소속 초등 4학년 학생	전라북도교육청과 협약.지정한 치과 병의원	2023. 7월 5일 ~ 11월 30일까지	덴티아이 앱APP에서 확인 가능 (반드시 전화로 사전 예약 후 방문 진료)

※ 진료 완료 후 비용 청구 중인 학생과 진료를 진행 중인 학생은 교내 방문 진료에서 제외됩니다.

2023. 10. 31.

익산어양초등학교장

-----회-----신-----문-----

위의 내용을 충분히 이해하며, 치과의사 학교방문 구강진료 지원을 희망합니다.

*11월15일 치과방문 구강진료 동의자의 경우 불소도포 예정이니 잇솔질을 잘하고 등교 바랍니다.

참여 학생 학년 반 성명	보호자 확인	동의 여부(O, X 표)
4학년 반 번 성명: _____	2023년 월 일 성명: (서명)	동의함() *동의자의 경우 개인 정보 동의서와 사전설문조사도 작성부탁드립니다.

익산어양초등학교장 귀하

초등학생 구강진료 지원사업 안내 및 개인정보 수집·활용 동의서

안녕하십니까?

전라북도교육청에서는 2023년도부터 도내 초등 4학년 학생을 대상으로 구강진료 지원 사업을 시행합니다. 구강진료 지원사업은 초등학생의 건강한 구강관리 습관 형성 및 구강질환 예방으로 평생 구강건강을 지원하기 위한 것입니다. 이 사업에 대한 주요내용을 다음과 같이 안내하오니, 지정된 기간 내에 협약지정된 치과 병(의)원에 방문하여 개별 진료를 완료해 주시기 바랍니다.

《 초등학생 구강진료 지원사업 개요 》

대상 학년	구강진료 기관	진료 기간	진료 방법
4학년	지역내 도교육청과 협약·지정된 치과 병(의)원	2023년11월30일까지	개인이 원하는 치과 병(의)원 전화예약 후 방문진료
※ 본 사업은 불소도포, 치면세균막검사, 치아홈메우기, 치석제거, 치아우식 초기치료, 구강보건교육 등 개별 맞춤형 진료(보호자 부담총액 중 1인당 4만원 이내 지원)를 지원하는 사업임			

▣ 개인정보 수집 및 활용 동의서

구강진료 지원사업 개인정보 수집 및 활용 내용	
1. 수집·활용 목적: 구강진료 지원사업 운영 2. 수집항목: 학생(이름, 성별, 생년월일, 진료결과 등), 보호자(이름, 연락처) 3. 개인정보의 활용 및 보유기간: 1년 4. 개인정보 수집·활용에 거부하실 수 있으며, 동의 거부 시 구강진료를 지원받을 수 없습니다.	
· 개인정보 수집 및 활용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
· 고유식별정보 처리에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
· 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? (치과 병의원, 전라북도교육청, 카이아이컴퍼니)	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

202 년 월 일

학교명	초등학교	학년반	4학년	반	번
학생	성명:	보호자	성명:	(인)	연락처

익산어양초등학교장 귀하

지역	()시/군		
학교	()초등학교 ()학년 ()반 ()번		
성명		성별	남() 여()
생년월일	()년 ()월 ()일	연락처	(학 생) (보호자) 또는

나의 구강건강 관리상태 및 실천					
문항	질문사항				
1	최근 1년간 치과 병·의원에서 받은 진료와 교육에 모두 v표시를 해주세요.(복수응답)	① 구강검진 ④ 충치치료 및 발치 ⑦ 치실사용 교육 ⑩ 방문한 적 없음	② 충치예방:불소도포 ⑤ 치면세균막 교육 ⑧ 바른 식습관 교육 ⑪ 기타 ()	③ 치아 홈메우기 ⑥ 칫솔질 교육 ⑨ 불소이용교육	
2	올바른 칫솔질, 바른 식습관을 통해 내 치아를 잘 관리할 자신이 있나요?	① 매우 그렇다 ③ 그렇지 않다	② 그렇다 ④ 전혀 그렇지 않다		
3	어제 하루 동안 칫솔질한 때를 모두 v표시해 주세요. (복수응답 가능)	①아침식사 전 ③점심식사 후 ⑤간식 후 ⑦칫솔질하지 않음	②아침식사 후 ④저녁식사 후 ⑥잠자기 전		
4	스스로 생각할 때 치아와 잇몸 등 구강건강상태가 어떤 편이라고 생각하나요?	① 매우 건강하다 ③ 건강하지 않다	② 건강하다 ④ 매우 건강하지 않다		
5	다음의 내용을 읽고, 각 문항에 대해 평소 나의 행동과 같거나 내가 현재 알고 있는 내용과 같은 곳에 v표시를 해주세요.				
		매우그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다
	1) 치아에 좋은 음식과 나쁜 음식을 구별할 수 있나요?	①	②	③	④
	2) 불소를 도포하면 충치를 예방할 수 있을까요?	①	②	③	④
	3) 치과에 정기적으로 가서 검진(진료)을 받아야 할까요?	①	②	③	④
* 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰세요.					