

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
|  <p>꿈 사랑 행복을<br/>가꾸는 교육</p> | <p><b>이리남교육통신</b></p> | <p><b>제2024-31호</b></p>                        |
|  |                       | <p>교무실: 063-851-1413<br/>행정실: 063-843-1060</p> |

## 2, 3, 5, 6학년 학생 구강검사 안내

안녕하십니까?

항상 관심과 사랑으로 자녀교육에 심혈을 기울여 주심에 감사드립니다.

학생들의 구강건강을 위하여 아래와 같이 구강검사를 실시하고자 합니다. 구강검진 상황은 건강기록부에 입력이 됩니다. 또한 학생들이 매 년 2회 정도 치과 정기 검진을 받는 것이 필요한데, 이번 기회를 놓치지 않도록 아래 내용을 참고 하시어 학생들이 검사 일에 결석하지 않도록 협조해 주시기 바랍니다.

1. 검사 일시 : 2024. 4. 9(화요일) 오전 9시30분 자치실
2. 검사 대상 : 2,3,5,6학년
3. 검사 비용 : 무료 (학교에서 지급)
4. 검사 항목 : 치아우식증, 결손 치아, 치주질환, 부정교합 등
5. 검진 의사 : 모현삼성치과

1) 검사 당일 - 양치질을 하고 등교할 수 있도록 해 주십시오.

2) 검사결과 처리

\* 뒤페이지 문지표 작성하여 담임선생님께 4월 08일(월)까지 제출바랍니다.

\* 검사 당일 결과 통지서를 배부하도록 하겠습니다.

\* 이상이 있는 학생의 경우에는 가까운 치과 병원에서 재검진 및 치료를 받으시기 바랍니다.

**\*뒤 설문지**

## 구강검진 문진표

|   |     |     |  |  |         |  |
|---|-----|-----|--|--|---------|--|
| 이 설문조사는 4월 05일 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. |     |     | 수검자 인적사항   |  |         |  |
|   |     |     | 학교명  |  | 이리남초등학교 |  |
|   |     |     | 학년/반 /번호   |  |         |  |
|   |     |     | 성 명  |  |         |  |
| 성 별   |     | 남 여 | 생년월일   |  |         |  |
| 구강 증상에 대한 물음  |     |     | 구강건강행태에 대한 물음  |  |         |  |
| ※ <b>최근 1년 동안</b> 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?<br>①있다 ②없다 ③모르겠다<br>8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요.<br>①아침식사 전 ②아침식사 후<br>③점심식사 후 ④저녁식사 후<br>⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후<br>9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까?<br>①그렇다 ②보통이다 ③아니다<br>10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?<br>①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름 |  |         |  |
| 1. 치아가 깨지거나 부러짐   |     |     |  |  |         |  |
| 2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔   |     |     |  |  |         |  |
| 3. 치아가 쭈시고 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.  |  |         |  |
|   |     |     |  |  |         |  |