

초등학교 검진기록지 (앞면)

※ 표 부분은 반드시 기록해주세요. →

※ 작성 인적사항 정확하게 기입

학교명	학년/반/번호	학년	반	번호	성	별	남	여
성명	주민등록번호				학생휴대폰			
주소				학부모휴대폰				

1 차 건강진단									
구분	검사항목	결과	참고치		판정				
			정상 A	정상(건강에 이상이 없으나 자기관리 및 예방조치 필요)					
체격검사	키	cm			정상				
	몸무게	kg	소숫점 이하 한 자리까지 기록						
비만도	kg/m ² 체질량지수		허리둘레 cm(비만학생에 한함)		정상(경계)				
시력	구분	원 쪽	오른 쪽		1. 비만관리 2. 혈압관리 3. 콜레스테롤관리 4. 간기능관리 5. 당뇨관리 6. 신장기능관리 7. 빈혈관리 8. 기타				
	나안								
	교정								
청력	오른 쪽	1=정상 2=이상							
	왼 쪽	1=정상 2=이상							
혈압	최고 / 최저	mmHg							
소변검사	요 단 백	1=음성, 2=±, 3=+1, 4=+2, 5=+3, 6=+4		음성(-)	약양성(±)				
	요 잠 혈	1=음성, 2=±, 3=+1, 4=+2, 5=+3, 6=+4		음성(-)	약양성(±)				
혈액검사	혈 당 (식전)			mg/dL	1. 폐결핵의심				
	총콜레스테롤			mg/dL	2. 기타흉부질환의심				
	고밀도지단백(HDL)콜레스테롤			mg/dL	3. 고혈압의심				
	중성지방			mg/dL	4. 고지혈증의심				
	저밀도지단백(LDL)콜레스테롤			mg/dL	5. 간장질환의심				
	간 세포 효소	AST			U/L	6. 당뇨질환의심			
	ALT			U/L	7. 신장질환의심				
비 고						8. 빈혈증의심			
						9 기 타			
의사상담	체질검사		안 질환		피부 병				
	척추	안 질환	척추	안 질환	척추	안 질환			
	1. 정상 2. 척추염 3. 척추관협착증 4. 기타()	1. 없음 2. 결막염 3. 눈썹염 4. 사시 5. ()	1. 정상 2. 중이염 3. 바깥귀염(외이도염) 4. 기타()	1. 정상 2. 코결막염(부비동염) 3. 비염 4. 감상염비대 5. 기타()	1. 없음 2. 편도선비대 3. 목부위림프절비대 4. 갑상샘비대 5. 기타()	1. 없음 2. 아토피성피부염 3. 전염성피부염 4. 기타()			
	과거 병력		외상 및 후유증		일반 상태				
1. 무 2. 간장질환 3. 고혈압 4. 뇌졸중		5. 심장병 6. 당뇨병 7. 암 8. ()		1. 무 2. 유					
종합 소견									
가정에서의 조치 사항									
검진일자			면허번호			검진기관명			
			판정의사			인구보건복지협회 전북지회가족보건의원			

구강검사 결과 및 판정									
초·중·고등학교 공통 항목								종합 소견	
총 치	①	없음	②	있음	상 () 개 하 () 개			종합 소견	
충치 발생 치	①	없음	②	있음	상 () 개 하 () 개				
결손치 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상 () 개 하 () 개				
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	()			가정에서의 조치 사항	
부정교합	①	없음	②	요교정	③	교정중			
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망			
그 밖의 치아 상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아 상태:			
판정	면허번호				검진일 및		검진일		
치과의사	의사명		()		검진기관		검진기관명	인구보건복지협회 전북지회가족치과의원	

구강검진 문진표 (작성)									
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							
1. 치아가 깨지거나 부러짐			7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다						
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔			8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후						
3. 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔			9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다						
4. 잇몸이 아프거나 피가 남			10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름						
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔									
6. 불쾌한 입 냄새가 남									
※ 특별히 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.									

→ 뒷면전체작성