

※ 동그라미 부분은 반드시 기입해 주세요. →

학고명	학년/반/번호		학년	반	번	성	별	남	·	여
성명		주민등록번호	-			학생휴대폰				
주소	시	군	길	번지	(동	호)	학부모휴대폰		

구강검사 결과 및 판정												
초·중·고등학교 공통 항목					중·고등학교 추가항목							
총치	①	없음	②	있음	상 () 개 하 () 개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대() 치석형성() 치주염(잇몸과 치아 틈)형성() 그 밖의 증상()	
총치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 () 개 하 () 개		①	없음	②	있음		
결손치아 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상 () 개 하 () 개		턱관절 이상	①	없음	②		있음
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	()			①	없음	②		있음
부정교합	①	없음	②	요교정	③	교정중	고등학교 추가항목					
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	치아마모증	①	없음	②	있음	
그 밖의 치아 상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아상태:	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상 ()	
판 정	면허번호		검진일 및 검진기관			검 진 일		인구보건복지협회 전북지회가톨릭과의원				
치과의사	의 사 명					검진기관명						
증 합 소 견												
가정에서의 조 치 사 항												
구강검진 문진표												
<p>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.</p>												
구강 증상에 대한 물음						구강건강행태에 대한 물음						
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "√"표시를 해 주십시오.						※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 "√"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 음식 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 쑤시고 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 선생님과 하고 싶은 말을 쓰십시오.												

수고 많으셨습니다^^
건강하고 행복하
고 생활 보내세
요!

※ 전체를 읽고 빠짐없이 작성해 주세요

문진표(중학생 · 고등학생용)

이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 본인이 작성하되 5번 문항 및 잘 모르는 문항은 부모님(보호자)과 상의하여 작성하기 바랍니다.

1. 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.()	
2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 아니오
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.()	
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
4-1. 있다면 기록하여 주십시오.()	
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" 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 걸린다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로하다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 쉼썩하는 소리나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 막힌다.		
순환기	코를 심하게 곤다는 말을 듣는다.		
	목에서 몽우리가 만져진다.		
	혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
소화기	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다.		
	속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다.		
혈액	배가 팽팽하거나 가스가 찬 것 같다.		
	아랫배가 살살 아프거나 설사를 자주 한다.		
	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
그 밖의 증상	몸에 멍이 잘 든다.		
	두통이나 편두통이 심하다.		
	콧속이 아프거나 귀에서 분비물이 나온다.		
	귀에서 매미우는 소리나 왕하는 소리가 들린다.		
	턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다.		
(여학생) 생리통이 심하다.	목 · 허리 · 무릎 등이 쑤시거나 아프다.		

■ 개인정보 수집 · 활용 및 광고성 정보 수신 동의서

1. 기본 개인정보 수집 · 활용 내역

수집하는 기본 개인정보 항목	성명, 주민등록번호, 주소, 연락처
개인정보의 수집 및 이용목적	· 성명, 주민등록번호, 성별, 주소, 연락처 : 병 · 의원 업무와 의약정보 안내 등 서비스 이용 안내 (의료법 제22조, 동법 시행규칙 제14조) · 이메일 주소 : 소식 및 고지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보 등 · 건강정보 : 내원정보, 상병정보, 처방정보, 검진정보, 외부 수탁검사 의뢰를 위한 기초자료. · 수납정보 : 카드사명, 카드번호 등 카드결제 승인 정보. · 진단 및 치료를 위한 진료서비스 청구, 수납, 환급 등의 원무서비스 제공. · 새로운 서비스 및 행사정보 안내, 방문 고객 분석자료 작성에 이용. · 소비자 기본법 제 52조 에 의거한 소비자 위한 정보 수집
개인정보의 보유 및 이용기간	· 가족보건의원은 수집된 고객의 개인정보를 『환자정보 보관 법정 기간(5년)』 동안만 보유하며 그 이후는 DB에서 삭제하고 있습니다. · 정보제공자가 개인정보 삭제를 요청할 경우 즉시 삭제합니다. 단, 타법령의 규정에 의해 보유하도록 한 기간동안은 보관 할 수 있습니다. -소비자의 불만 또는 분쟁처리에 관한 기록 : 3년(전자상거래 등에서의 소비자 보호에 관한 법률) -신용정보의 수집/처리 및 이용 등에 관한 기록 : 3년(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률) -본인 확인에 관한 기록 : 6개월(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률)
개인정보 제공 동의 거부 권리 및 불이익 내용 또는 제한사항	귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음. 단, 진료관련 안내 서비스를 받을 수 없음.
개인정보 수집 · 이용에 동의하십니까 ? <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의 하지않음	

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.

개인정보 보호법 제15조 규정에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함.

■ 광고성 정보 수신 동의서

광고성 정보 수신 동의시 이용 목적	정보통신망법(제50조) 정보통신망이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률에 따라 개인정보수집, 수신 동의자에 한하여 영리목적의 광고성 정보를 전화, 문자, 이메일, DM 전송에 수신 동의
동의 거부 권리 및 거부에 따른 불이익 안내 또는 제한사항	귀하는 광고성 정보 수신 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음. 단, 진료관련 및 검진, 예방접종 등의 이용 안내 서비스를 받을 수 없음.
광고성 정보 수신 이용에 동의하십니까 ? <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/> 동의 하지않음	

※ 보존기간은 2년이며 정보통신법에 따라 2년마다 정기적인 광고성 정보 수신 동의 확인하며 동의 시 기간 자동 연장.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

※ [법정대리인 동의서] 본인은 미성년자의 법정대리인으로 가족보건의원 서비스이용 신청에 동의합니다.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.	법정대리인 성명	(인 / 서명)
	법정대리인 연락처	(휴대폰) - -
	검진자와의 관계	<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타()

202 년 월 일

보호자 또는 본인 :

인구보건복지협회 전북지회 가족보건의원장 귀하