

참고3-1. 결과표(앞)

붉은 선으로 표시된 부분은 빠짐없이 작성하여 제출해주세요 .

초등학교 검진결과 통보서

구분	검사항목	검사결과	구분	검사항목	검사결과
신체발달 상황	키	cm	소변 검사	요단백	
	몸무게	kg		요감염	
	비만도		혈액 검사	혈당(식전)	mg/dL
척추				총콜레스테롤	mg/dL
	시력	나안 좌: 우:		고밀도지단백(HDL) 콜레스테롤	mg/dL
		교정 좌: 우:		중성지방	mg/dL
안질환(좌,우)	없음,결막염,사시,눈썹떨림증 기타()	저밀도지단백(LDL) 콜레스테롤		mg/dL	
	청력	좌: 우:		간세포AST	U/L
귀병		없음, 중이염, 외이도염 기타()	효소ALT	U/L	
콧병	없음, 부비동염, 비염 기타()	혈색소	g/dL		
	목병	없음,편도비대,임파절종대 갑상선비대,기타()	결핵		
피부병		없음, 아토피성피부염, 천연성피부염,기타()		최고(수축기)	mmHg
	진찰 및 상담	과거병력	혈압	최저(이완기)	mmHg
외상및후유증		허리둘레			cm
일반상태				그밖의 사항	
종합소견					
종합소견			가정에서 조치할 사항		
판정의사	면허번호		검진일 및 검진기관	검진일	
	의사명	(인)		검진기관명	대자인병원

대자인병원

※ 학교명		※ 성별	남	여
※ 성명		※ 학생전화번호		
※ 주민등록번호		※ 학부모전화번호		
※ 학년 / 번호	학년	반	번	
※ 결과발송주소				

구강검사 결과 및 판정

초·중·고등학교 공통항목					중·고등학교 추가항목						
충치치아	①	없음	②	있음	상()개 하()개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈비대() 치석형성() 치주낭형성() 그 밖의 증상()
충치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상()개 하()개		①	없음	②	있음	
결손치아 (영구치에한함)	①	없음	②	있음	상()개 하()개	턱관절 이상	①	없음	②	있음	
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	()	고등학교 추가항목					
부정교합	①	없음	②	교정 필요	③	교정중	치아마모증	①	없음	②	있음
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상()
그 밖의 치아상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아상태					
종합소견											
종합소견						가정에서의 조치사항					
판 정 치 과 의 사	면허번호		검진일 및 검진기관	검진일		검진일 및 검진기관	검진일		검진기관명	대자인병원	
	의사명	(인)		검진기관명	대자인병원						

참고3-2. 문진표(뒤)

붉은 선으로 표시된 부분은 빠짐없이 작성하여 제출해주세요 .

문진표 초등학교용

대자인병원

※ 이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 초등학교 1학년 학생은 부모님(보호자)이, 초등학교 4학년 학생은 본인 또는 부모님(보호자)과 상의하여 작성하시기 바랍니다.

문진표 (초등학생용)

1. 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오. ()	
2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오. ()	
3. 병원에서 진단받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오. ()	
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4-1. 있다면 기록하여 주십시오. ()	
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
5-1. 있다면 기록하여 주십시오. ()	
6. 최근 한 달간경험한 증상에 모두 "V" 표시를 하여 주십시오.	

항목	나타나는 증상	예	아니오
전신 상태	감기에 잘 걸리는 편이다.		
	온몸에 힘이 없고 쉽게 피로한 편이다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨쉴 때 소리가 난다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
순환기	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
	가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
	운동을 할 때 몹시 숨이 차다.		
소화기	배가 자주 아프고 소화가 안 된다.		
	속이 답답하다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 듯한 느낌이 있다.		
혈액	설사를 자주 한다.		
	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
그 밖의 증상	몸에 멍이 잘 든다.		
	머리가 자주 아프다.		
	귀속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.		
	귀에서 소리가 난다.		
	입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목이나 허리가 아프다.		

구강검진 문진표

구강 증상에 대한 물음

※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시를 해 주십시오.

증상	①있다	②없다
1. 치아가 깨지거나 부러짐		
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔		
3. 치아가 쏘시고 목신거리고 아픔		
4. 잇몸이 아프거나 피가 남		
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔		
6. 불쾌한 입 냄새가 남		

구강건강 행태에 대한 물음

※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 "V" 표시를 하여 주십시오.

7. 지난 1년간치과병(의)원에 간 적이 있습니까?	① 있다 ② 없다 ③ 모르겠다
8. 여제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해주세요.	① 아침식사 전 ② 아침식사 후 ③ 점심식사 후 ④ 저녁식사 후
9. 과자 등 단 음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까?	① 그렇다 ② 보통이다 ③ 아니다
10. 현재사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까?	① 예 ② 아니오 ③ 불소치약이무엇인지 모름

※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.