

# 초등학생용 - [전주기독병원]

\*음영 처리된 부분만 정자로 기입

학교명	전주교대부설초		분	반	학년	반	번	성	별	(남 / 여 )
성	명		주민번호	-		전화번호				
주	소						보호자번호			
차트번호										

(현위치)계측,구강 → 2F 임상병리실 →1F 간호사 station → 2F 검진센터 제출→ 귀가

## (병원작성) 1차 건강진단

신체발달	키	cm		귀	오른쪽	1(정상) , 2(이상)	
	몸무게	kg			왼쪽	1(정상) , 2(이상)	
	허리둘레	cm					
비만도	1(정상), 2(경도), 3(중등도), 4(고도)				혈압	수축기/이완기	mmHg
눈	나안	좌	우	소변검사		요단백	①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4
	교정	좌	우		요잠혈	①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4	
혈액검사	혈당(공복)	mg/dl		(정상)100 이하 / (주의)100~125			
	총콜레스테롤	mg/dl		(정상)170 이하 / (주의)170~239			
	LDL-C	mg/dl		(정상)110 이하			
	HDL-C	mg/dl		(정상)45 이상			
	Triglyceride	mg/dl		(정상)90 이하			
	AST	U/L		(정상)40이하 / (주의)41~50			
	ALT	U/L		(정상)40이하 / (주의)41~50			

## (병원작성) 체질검사

척추	안질환	잇병	콧병	목병	피부병
1.정상 2.전만 3.측만 4.후만 5.기타( )	1.없음 2.결막염 3.눈썹쥘림증 4.사시 5.기타( )	1.없음 2.바깥귀길염 (외이도염) 3.중이염 4.기타( )	1.없음 2.비염 3.코결골염(부비동염) 4.기타( )	1.없음 2.갑상샘비대 3.목부위림프절비대 4.편도선비대 5.기타( )	1.없음 2.아토피성피부염 3.전염성피부염 4.기타( )

진찰 및 상담	과거병력	① 무 ② 유 ③ 기타( )
	외상 및 후유증	① 무 ② 유 ③ 기타( )
	일반상태	① 보통 ② 양호 ③ 불량 ④ 기타( )
	그 밖의 사항	

## 종합소견

종합소견				가정에서 조치사항	
검진일자		판정의사	(인)	검진기관	전주기독병원

## 구강검진 문진표

\*작성 해주세요

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

## 구강검진 결과 기록 (병원작성)

구강검사 결과 및 판정							
총치	① 없음	② 있음	상 ( )개 하 ( )개	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	잇몸출혈/비대( ) 치석 형성( ) 치주낭형성( ) 그 밖의 증상( )
총치발생 위험치아	① 없음	② 있음	상 ( )개 하 ( )개				
결손치아 (영구치 중에)	① 없음	② 있음	상 ( )개 하 ( )개	턱관절 이상	① 없음	② 있음 ( )	
구내염 및 연조직질환	① 없음	② 있음	( )	고등학교 추가 항목			
부정교합	① 없음	② 교정필요	③ 교정 중	치아 마모증	① 없음	② 있음 ( )	
구강위생상태	① 우수	② 보통	③ 개선요망				
그 밖의 치아 상태	① 과잉치	② 유치잔존	③ 그 밖의 치아상태	제3대구치 (사랑니)	① 정상	② 이상 ( )	
종합소견							
종합소견				가정에서의 조치사항			
판정 치과 의사	면허번호			검진일 및 검진기관	검진일	접수일 같은	전주기독병원
	의사명	(인)					