

중 · 고등학교 1학년 검진기록지(앞면)

※ 동그라미 부분은 반드시 기입해 주세요. →



학교명	성명	주 소
학년/반/번호	주민등록번호	학병휴대폰
학년	반	성
반	번	별
성	남	여

접수번호

1 차 검 진 단

구분	검사항목	결 과	정 상 A	참 고 치	판 정
----	------	-----	-------	-------	-----

체질검사	키	cm	소속점이 하 한자리까지 기록	정상(경계)
------	---	----	-----------------	--------

비만도	몸무게	kg	하리둘레	cm(비만확성에 한함)
-----	-----	----	------	--------------

시력	구 분	원 쪽	오 른 쪽	2. 혈압관리
----	-----	-----	-------	---------

청음력	나 안			3. 골다세포불관리
-----	-----	--	--	------------

합	오른쪽	1=정상	2=이상	4. 간기능관리
---	-----	------	------	----------

소변검사	원 쪽	1=정상	2=이상	5. 당뇨관리
------	-----	------	------	---------

혈당	최고 / 최저	/	mmHg	6. 신장기능관리
----	---------	---	------	-----------

혈당	요 단 배	1=음성, 2=+, 3=+, 4=+, 5=+, 6=+, 7=+	음성(-)	7. 빈혈관리
----	-------	------------------------------------	-------	---------

혈당	요 장 혈	1=음성, 2=+, 3=+, 4=+, 5=+, 6=+, 7=+	음성(-)	8. 기타
----	-------	------------------------------------	-------	-------

혈당	혈 당 (식전)		mmol/L	정밀검사요함
----	----------	--	--------	--------

혈당	총콜레스테롤		mmol/L	1. 폐결핵의심
----	--------	--	--------	----------

혈당	고밀도지단백(HDL)콜레스테롤		mmol/L	2. 기타총부전염의심
----	------------------	--	--------	-------------

혈당	중성지방		mmol/L	3. 고혈압의심
----	------	--	--------	----------

혈당	저밀도지단백(LDL)콜레스테롤		mmol/L	4. 고지혈증의심
----	------------------	--	--------	-----------

혈당	간 세포 효소	AST	U/L	5. 간장질환의심
----	---------	-----	-----	-----------

혈당	간 세포 효소	ALT	U/L	6. 담도질환의심
----	---------	-----	-----	-----------

총부전사선 1. 정상 2. 사전불량(저출생) 3. 비활동성 4. 폐결핵의심 5. 소환기질환 6. 척추측만증 7. 미활성 8. 비결핵성질환 9. 기타

체 질 검 사

척 추	안 질 환	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-------	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

척 추	척 추	척 추	척 추	척 추	척 추
-----	-----	-----	-----	-----	-----

구강검사 결과 및 판정

초·중·고등학교 공통 항목	중·고등학교 추가항목
----------------	-------------

총치	① 없음	② 있음	상 () 개	치주질환	① 없음	② 있음	잇몸출혈/비대 ()
----	------	------	---------	------	------	------	-------------

총치발생	① 없음	② 있음	상 () 개	잇몸출혈/비대 ()	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)
------	------	------	---------	-------------	------------	------	------	------------

위턱치아	① 없음	② 있음	상 () 개	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)	치주질환 (잇몸병)
------	------	------	---------	------------	------	------	------------	------------

결손치아	① 없음	② 있음	상 () 개	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)	치주질환 (잇몸병)
------	------	------	---------	------------	------	------	------------	------------

구내염 및 연조직질환	① 없음	② 있음	상 () 개	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)	치주질환 (잇몸병)
-------------	------	------	---------	------------	------	------	------------	------------

부정교합	① 없음	② 있음	상 () 개	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)	치주질환 (잇몸병)
------	------	------	---------	------------	------	------	------------	------------

구강위생 상태	① 우수	② 보통	③ 개선요망	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)	치주질환 (잇몸병)
---------	------	------	--------	------------	------	------	------------	------------

그 밖의 치아 상태	① 과잉치	② 무치	③ 그 밖의 치아상태:	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음	치주질환 (잇몸병)	치주질환 (잇몸병)
------------	-------	------	--------------	------------	------	------	------------	------------

판 정	면허번호	의 사 명	검진일 및 검진기관명	검진일자	검진기관명	검진일자	검진기관명	검진일자
-----	------	-------	-------------	------	-------	------	-------	------

중 합 소 견	가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
---------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

가정에서의 조치 사항	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

▲ 위 [구강검진 문진표] 작성하시고, ※ 뒷면도 체크, 서명해 주세요.▶

※ 전체를 읽고 빠짐없이 작성해 주세요

문진표(중학생 · 고등학생용)

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

1. 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까?
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오. ()
□ 예 □ 아니오
2. 최근 1개월 이내에 악을 복용한 적이 있습니까?
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오. ()
□ 예 □ 아니오
3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까?
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오. ()
□ 예 □ 아니오
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?
4-1. 있다면 기록하여 주십시오. ()
□ 예 □ 아니오
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?
5-1. 있다면 기록하여 주십시오. ()
□ 예 □ 아니오
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. 자책하지 않고 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다. 숨 쉴 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 뻑뻑하는 소리나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
호흡기	기침과 함께 누런 가래가 올라온다. 열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다. 평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 막힌다. 코를 심하게 곤다는 말을 듣는다. 목에서 몽우리가 만져진다.		
순환기	혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다. 운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다. 속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
소화기	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다. 배가 팽팽하거나 가스가 찬 것 같다. 아랫배가 실실 아프거나 설사를 자주 한다.		
혈액	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다. 몸에 멍이 잘 든다. 두통이나 편두통이 심하다. 귀속이 아프거나 귀에서 분비물이 나온다. 귀에서 매미우는 소리나 웅하는 소리가 들린다. 턱관절이 아프거나 입을 잘 벌이지 않는다. 목 · 허리 · 무릎 등이 쑤시거나 아프다. (여학생) 생리통이 심하다.		

■ 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 : 별 · 의결 업무와 의뢰정보 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 업무서비스 제공. · 새로운 서비스 및 행사정보 안내, 방문, 고객 분석자료 작성에 이용. · 소비자 기본법 제 52조에 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 권리 및 불이의 내용 또는 제한사항	· 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. · 단, 진료관련 안내 서비스를 받을 수 없음.
개인정보 수집 · 이용에 동의하십니까 ?	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의 하지않음

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제 등을 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 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음.
동의 거부 권리 및 거부에 따른 불이익 안내 또는 제한사항	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

※ 보호기간은 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 가족보건의원원 서비스이용 신청에 동의합니다.

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

202 년 월 일
보호자 또는 본인 : (서명)

인구보건복지협회 전북지회 가족보건의원장 귀하