

# 중·고등학생 – [전주기독병원]

\*음영 처리된 부분만 정자로 기입

학교명	전주 영생고	분	반	학년	반	번	성별	(남 / 여 )
성 명		주민번호	-			전화번호		
주 소						보호자번호		

현위치→ 2F 임상병리실→ 1F 방사선과→ 1F 간호사station→ 2F검진센터 제출→ 귀가

1차 건강진단 (병원작성)									
신 체 발 달	키	cm			귀	오른쪽		①정상 , ②이상	
	몸무게	kg				왼쪽		①정상 , ②이상	
	허리둘레	cm							
비만도	①정상 ②저체중 ③과체중 ④비만				혈압	최고/최저		mmHg	
관	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				
	AST	U/L			(정상)45 이하 / (주의)45~50				
	ALT	U/L			(정상)45 이하 / (주의)45~50				
	LDL-C	mg/dL			(정상)110 이하				
	HDL-C	mg/dL			(정상)45 이상				
	Triglyceride	mg/dL			(정상)90 이하				
	혈색소	g/dl			여 (12~15.5) / (10~ , ~16.5)		고1여학생		
결 핵	①정상 ②비활동성 ③사진불량 ④결핵의심 ⑤심장비대 ⑥척추측만 ⑦기타( )								

체질검사 (병원작성)											
척추		안질환		귓병		콧병		목병		피부병	
1.정상 2.전만 3.측만 4.후만 5.기타( )		1.없음 2.결막염 3.눈썹썩림증 4.사시 5.기타( )		1.없음 2.바깥귀길염(외이도염) 3.중이염 4.기타( )		1.없음 2.비염 3.코결막염(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		①무 ②유 ③기타( )							
		외상 및 후유증		①무 ②유 ③기타( )							
		일반상태		①보통 ②양호 ③불량 ④기타( )							
		그 밖의 사항									
종합소견											
총 합 소 견						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 욱신거리고 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 욱신거리며 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					
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 같음		
	의사명		(인)				검진기관명	전주기독병원	