



2,3,5,6학년 구강검진 미검진자 안내

학부모님 안녕하십니까?

5월19일(목)~5월 24일(화) 2,3,5,6학년 출장 구강검진을 실시하였으나 결석 등으로 검진 받지 못한 학생은 검진 기간 내 아래의 구강검진기관을 방문하여 검진을 받으시고(무료), **보건실로 회신문을 제출**하여주시기 바랍니다.

구강검진기관	전화번호	주 소	검진시간
인구보건복지협회	240-2345	전주시 덕진구 백제대로 720 (인후동 2가)	평일: 08:30~16:00 (점심시간: 12:30~13:30) 토요일: 08:30~12:00 일요일 및 공휴일 휴진

가. 검진기간: 5월 25일(수) ~ **7월 2일(토)**

나. 검진방법: **회신문(의사가 작성)**과 **문진표(가정에서 작성)**를 가지고 보호자와 함께 방문 (예약 불필요)

다. 검진 결과 치료해야 할 치아가 있는 학생은 적절한 치료(자비부담)를 받을 수 있도록 관심 부탁드립니다.

2022. 5. 25.

전 주 오 송 초 등 학 교 장

----- 절 ----- 취 ----- 선 -----

구강검진 결과 회신문

_____학년_____반_____번 이름 : _____

우식치아			우식발생 위험치아			결손치아 (영구치만)			구내염 및 연조직질환		부정 교합	구강 위생 상태
유,무	개수		유,무	개수		유,무	개수		유	무		
	상	하		상	하		상	하				

구강검진 일자: 2022년 월 일
구강검진기관: 인구보건복지협회 (인)

【별표 8】

■ [별지 제1호의4서식] <신설 2006.1.10>

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>			수검자 인적사항				
			학교명	전주오송초등학교			
			학년/반/번호	학년 반 번			
			성명				
			성별	남 여	생년월일		
구강 증상에 대한 물음			구강건강행태에 대한 물음				
※ <u>최근 1년 동안</u> 학생이 경험한 증상에 모두 “V”표시를 해 주십시오.			※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 “V”표시를 하여 주십시오.				
증상	①있다	②없다	<p>7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다</p> <p>8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후</p> <p>9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다</p> <p>10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름</p>				
1. 치아가 깨지거나 부러짐							
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔							
3. 치아가 쭈시고 욱신거리고 아픔							
4. 잇몸이 아프거나 피가 남							
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔							
6. 불쾌한 입 냄새가 남							
※ 특별히 <u>치과의사 선생님께</u> 하고 싶은 말을 쓰십시오.							

210mm × 297mm

(일반용지 60g/㎡(재활용품))