

초등 [전주기독병원]

*음영 처리된 부분만 정자로 기입

학교명	전주서원초등학교		분 반	학년 반 번		성 별	(남 / 여)
성 명		주민 번호	-		전화번호		
주 소						보호자번호	

현위치→ 2F 임상병리실→ 1F 간호station→ 2F검진센터 제출→ 귀가

1차 건강진단 (병원작성)

신체발달	키	cm		귀	오른쪽	①정상 , ②이상
	몸무게	kg			왼쪽	①정상 , ②이상
	허리둘레	cm				
비만도	①정상 ②저체중 ③과체중 ④비만			혈압	최고/최저	mmHg
눈	나안	좌	우		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		

체질검사 (병원작성)

척추	안질환	귓병	코병	목병	피부병
1.정상 2.전만 3.측만 4.후만 5.기타()	1.없음 2.결막염 3.사시 4.기타 증상과 징후 (좌/우)	1.없음 2.바깥귀길염(외이도염) 3.중이염 4.기타 증상과 징후 (좌/우)	1.없음 2.비염 3.코결막염(부비동염) 4.기타 증상과 징후 (좌/우)	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					
종합 소 견			가정에서 조치사항		
검진일자		판정 의사	(인)	검진기관	전 주기 독 병원

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? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름		
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욕신거리며 아픔			10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름		
6. 불쾌한 입 냄새가 남					
※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.					

구강검진 결과 기록 (병원작성)

구강검사 결과 및 판정						
총치	① 없음	② 있음	상 ()개 하 ()개			
총치발생 위험치아	① 없음	② 있음	상 ()개 하 ()개			
결손치아 (영구치 중)	① 없음	② 있음	상 ()개 하 ()개			
구내염 및 연조직질환	① 없음	② 있음	()			
부정교합	① 없음	② 교정필요	③ 교정 중			
구강위생상태	① 우수	② 보통	③ 개선요망			
그 밖의 치아 상태	① 과잉치	② 유치잔존	③ 그 밖의 치아상태			
종합소견						
종합소견			가정에서의 조치사항			
판정 치과 의사	면허번호		검진일 및 검진기관	검진일	접수일	
	의사명	(인)		검진기관명	전주기독병원	

개인정보 수집 이용 안내 동의서

학 생 성 명		주민등록번호	-
보호자 성명		관계	
연 락 처	학 생 : 010 -		
	보호자 : 010 -		
문 진 표 中	- 학교, 학년, 반, 번호, 주소(결과지 발송 등)		

※고객님의 소중한 정보 감사드리며 기록된 정보는 본원의 진료 등 원무행정 업무 시 사용됩니다.

개인정보 이용 및 제3자 제공 동의서

개인정보의 수집 및 이용목적

만14세 이상은 환자 본인이 직접 서면 또는 날인하시고, 만 14세 미만은 법정 대리인이 서명 또는 날인하시기 바랍니다.

1. 개인정보의 수집, 이용목적

- 진료/건강검진 예약, 예약조회 및 병원서비스 이용에 따른 본인확인
- 진료/입원 및 검사일정에 대한 유·무선 안내, SMS발송
- 진단 및 치료를 위한 진료서비스와 진료비 청구, 수납, 환급 등의 원무서비스 제공
- 위탁검사 및 임상실험검사를 위한 기초자료
- 소식 및 공지사항 전달, 불만처리, 진료 후 관리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보, 새로운 서비스 및 행사정보 안내
- 교육, 연구, 진료서비스에 대한 최소한의 분석자료

2. 수납하는 개인정보의 항목

- 필수항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호
- 선택사항 : 병력, 가족력 등 진료를 위해 의료가 필요하다고 판단되는 정보, 내원동기

3. 개인정보의 보유 및 이용기간

- 정보제공 동의, 철회 또는 수집제공 목적 달성까지
- 진료서비스의 제공을 위하여 수집된 경우에는 의료법 기준에 준함
- 다만, 수집 목적 또는 제공받는 목적이 달성된 경우에도 의료법 등 법령의 규정에 따라 보존할 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음

4. 개인정보 수집 이용에 대한 동의 거부권 및 이에 따른 불이익

개인정보의 주체는 개인정보 보호법에 따라 개인정보의 수집, 이용에 대한 동의 거부권을 행사하실 수 있습니다.
동의 거부에 따른 불이익은 없으며 다만 진료관련 안내서비스를 받으실 수 없습니다.
본인 (법정대리인)은 귀 전주기독병원에게 개인정보를 제공함에 있어 상기 내용을 충분히 이해하고 이에 동의합니다.

개인정보 이용 및 제3자 제공동의서

1. 전주기독병원의 귀하의 동의가 있거나 관련법령의 규정에 의한 경우를 제외하고는 어떠한 경우에도 [개인정보 수집, 이용목적]에서 고지한 범위를 넘어 귀하의 개인정보를 이용하거나 제3자에게 제공하지 않습니다. 다만, 아래의 어떠한 경우에는 예외로 합니다.

- 정보주체로부터 동의를 받은 경우(의료법 제19조에 의거 병원간의 상호 진료협력을 위하여 의뢰한 의사에게만 본원에서 진료받은 진료정보인 검사결과 및 영상, 투약내용, 치료계획 등을 진료일 이후 1년간 인터넷(이메일, 홈페이지), FAX, 우편 등의 방법으로 제공
- 정보주체와의 계약 체결 및 이행을 위해 불가피한 경우
- 정보주체나 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태나 주소불명 등으로 사건동의를 받을 수 없는 경우로서 정보주체의 이익에 부합되는 경우
- 통계작성 및 학술연구 등의 목적을 위하여 필요한 경우로서 특정개인을 알아볼 수 없는 형태로 가공하여 제공하는 경우

2. 개인정보의 주체는 개인정보보호법에 따라 개인정보의 이용 및 제공에 대해 동의거부권을 행사할 수 있으며, 이때에는 경우에 따라 제공받을 수 있는 서비스가 제한·지연되거나 건강보험 미적용 등의 불이익을 받을 수 있습니다.

당해연도 학생건강검진 진행에 따른 개별 학교 계약서 첨부 사항 (학교 대 병원)

■표준 개인정보처리 위탁 계약서

■개인정보 보호법 시행규칙 [개인정보의 목적 외 이용 및 제 3자 제공 대상]

이용 또는 제공의 법적 근거

- ◎ 「학교보건법」 제7조 (건강검사의 실시 등), 제7조의2 (건강증진계획의 수립), 제7조의3 (건강검사기록)

이용 또는 제공받는 목적

- 학생 신체발달상황, 질병이환 등 학생건강 실태분석을 통한 체계적이고 신뢰성 있는 학생건강지표 생성
- 지속적이고 체계적인 학생건강 실태분석을 통한 과학적 근거기반의 학생건강증진 및 학교보건 정책 개발

이용하거나 제공한 개인정보의 항목

- 기본개인정보 (학교명,반,번호,전화번호,주소,생년월일,주민등록번호), 신체계측자료, 내과상담자료, 구강검진자료, 학생검사시 필요한 문진표

개인정보 수집 이용 동의 여부 : 동 의 ☐ / 미동의 ☐
성 명 (법정대리인 성명) : _____ [서명]