

초등학생용 - [전주기독병원]

학고명

완산서초등학교

분

반

학년

반

번

성

별

(남 / 여 )

성

명

주민번호

-

전

화

번호

주

소

보호자번호

현위치→ 2F 검진센터( ) → 2F 임상병리실( )→ 2F 검진센터 제출→ 귀가 (접수)

※응역 처리된 문진표에 전부 작성하시고 반드시 정자로 기입해 주시길 바랍니다. 인적사항 작성 시 정확한 주소와 학년 반 번호, 주소등을 기록 해 주세요.

(병원작성) 1차 건강진단

신체발달

키

cm

몸무게

kg

허리둘레

cm

귀

오른쪽

1(정상) , 2(이상)

왼쪽

1(정상) , 2(이상)

비만도

1(정상), 2(경도), 3(중등도), 4(고도)

혈압

수축기/이완기

mmHg

눈

나안

좌

우

교정

좌

우

소변검사

요단백

①음성, ②±, ③+1, ④+2, ⑤+3, ⑥+4

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

귓병

콧병

목병

피부병

1.정상

1.없음

1.없음

1.없음

1.없음

1.없음

2.전만

2.결막염

2.바깥귀길염(외이도염)

2.비염

2.갑상샘비대

2.아토피성피부염

3.측만

3.눈썹췌림증

3.중이염

3.코결골염(부비동염)

3.목부위림프절비대

3.전염성피부염

4.후만

4.사시

4.기타( )

4.기타( )

4.편도선비대

4.기타( )

5.기타( )

5.기타( )

진찰

및

상답

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)

검

진

기

관

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?  
①있다 ②없다 ③모르겠다

1. 치아가 깨지거나 부러짐

8.어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요.  
①아침식사 전 ②아침식사 후  
③점심식사 후 ④저녁식사 후  
⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후

2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔

9.과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까?  
①그렇다 ②보통이다 ③아니다

3. 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔

10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?  
①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름

4. 잇몸이 아프거나 피가 남

5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔

6. 불쾌한 입 냄새가 남

※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

구강검진 결과 기록 (병원작성)

구강검사 결과 및 판정

초등학교 • 중학교 • 고등학교 공통 항목

총치

①

없음

②

있음

상 ( )개  
하 ( )개

총치발생

①

없음

②

있음

상 ( )개  
하 ( )개

위험치아

①

없음

②

있음

상 ( )개  
하 ( )개

결손치아

①

없음

②

있음

상 ( )개  
하 ( )개

(영구치 중에)

구내염 및

①

없음

②

있음

( )

연조직질환

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

면허번호

검진일 및

검진기관

검진일

접수일

같은

치과 의사

의사명

(인)

검진기관명

전주기독병원

## 건강상태 조사 설문지

\*작성 해주세요

본 설문 조사는 학생들의 건강 생활 행동 양상을 파악하여 학생 스스로 건강관리능력을 향상시키기 위해 실시하고자 합니다. 이는 학교교육활동과 건강지도에 참고 자료가 되오니 정확하게 해당되는 란에 "√" 표시를 해 주십시오.

조사항목	조 사 내 용	예	자세하게 기입	아니오
예방접종/ 병력	* 심장병,간질환,백혈병 등으로 치료 받은 적이 있다	⇒	진단명: 언제: 치료방법:	
	* 최근 1년간 예방접종을 받은 적이 있다	⇒	예방접종명: 언제: 장소:	
	* 최근 1년간 가족 중 당뇨, 고혈압 등 가족력이 있는 질환으로 치료받은 적이 있다	⇒	진단명: 치료방법:	
식생활/ 비만	* 하루 세 끼 규칙적으로 식사를 한다			
	* 인스턴트식품을 일주일에 2회 이상 먹는다			
	* 매일 우유, 유제품, 채소, 과일 등을 먹는다			
위생관리	* 외출 후, 식사 전 비누로 손을 씻는다			
	* 식사 후, 잠자기 전에 이를 닦는다			
신체활동	* 주3회 이상 땀이 날 정도의 운동을 한다	⇒	운동의 종류: 시간:	
	* 잠을 8시간이상 충분히 잔다			
학교생활/ 가정생활	* 학교에 가고 싶지 않을 때가 자주 있다			
	* 가정(가족) 내의 문제 때문에 걱정이 있다			
텔레비전/ 인터넷이용	* TV 프로그램을 골라서 필요한 것만 본다			
	* 인터넷이나 게임을 하루 2시간 이하로 한다			
	* 음란물을 한 번이라도 본 적이 있다			
안전의식	* 도로 횡단시 횡단보도에서 신호등을 지켜 건넌다			
	* 자전거,인라인 등을 탈 때 보호장구를 착용한다			
학교폭력	* 학교에서 누군가에게 협박이나 폭력을 당한 적이 있다		언제: 어떻게:	
	* 무기로 사용할 목적으로 칼, 몽둥이 등을 가지고 다닌 적이 있다			
흡연/음주/ 약물오남용	* 주변에 담배를 많이 피워 걱정되는 사람이 있다			
	* 주변에 술을 많이 마셔 걱정되는 사람이 있다			
	* 반드시 내 약인 것을 확인하고 약을 먹는다			
성의식	* 내가 여자(남자)라서 행복하다			
	* 싫은 느낌인데도 내 몸을 자주 만지는 사람이 있다			
사회성/ 정신건강	* 친구들과 어울려 지내는 것이 매우 어렵다			
	* 모든 것이 귀찮고 희망이 없다고 느낀다			
건강상담	* 건강상담이 필요할 때 상담 받을 사람이 있다			
학교재량				

## 문진표(초등학생용)

\*작성 해주세요

이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 초등학교 1학년 학생은 부모님(보호자)이, 초등학교 4학년 학생은 본인 또는 부모님(보호자)과 상의하여 작성하기 바랍니다.

1. 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )			
2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오.( )			
3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )			
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
4-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )			
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
5-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )			
6. 최근 한 달간 학생이 경험한 증상에 모두 “√”표시를 하여 주십시오.			
항목	나타나는 증상	예	아니오
전신상태	감기에 잘 걸리는 편이다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로한 편이다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 소리가 난다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
순환기	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
	가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
	운동을 할 때 몹시 숨이 차다.		
소화기	배가 자주 아프고 소화가 안 된다.		
	속이 답답하다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 듯한 느낌이 있다.		
혈액	설사를 자주 한다.		
	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그 밖의 증상	머리가 자주 아프다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.		
	귀에서 소리가 난다.		
	입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목이나 허리가 아프다.		