

# 초등학생 건강검사결과 기록지

※빨간선 안을 모두 적어 주세요.

학 교 명	학교	학년/반/번호	학 년	반	번
성 명	남·여	주민등록번호	~		
주 소	전 화				
	핸 드 폰				

구분	검사 항목	검사 결과	구분	검사 항목	검사 결과	
신체발달 상 황	키	cm	소 변	요 단 백		
	몸 무 게	kg		요 잠 혈		
	비만도(체질량)		혈액 검사 (비만학생)	혈당(식전)	mg/dL	
<input type="checkbox"/> 허리둘레(비만)	cm	총콜레스테롤		mg/dL		
<input type="checkbox"/> 비만채혈대상	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	고밀도지단백 (HDL) 콜레스테롤		mg/dL		
눈	시력 측정	나 안		좌:      우:	중성지방	mg/dL
		교 정		좌:      우:	저밀도지단백 (LDL) 콜레스테롤	mg/dL
귀	청 력	좌:      우:		간 세포 효 소	AST	U/L
	귓 병				ALT	U/L
	척 추			혈 압	최 고	mmHg
	안 질 환				최 저	mmHg
	코 트 병					
	목 병		그 밖 의 사 황			
	피 부 병					
진 찰 및 상 담	과거병력					
	외상 및 후유증					
	일반상태					

종합소견

가정에서 조치할 사항

판정 의사	전문의 면허번호	78852	장 영 근	(인)	검진일 20 . . .
	전문의 면허번호	107029	김 영 중	(인)	
	전문의 면허번호	115244	위 정 훈	(인)	
	전문의 면허번호	108905	정 경 문	(인)	
	전문의 면허번호	107370	윤 명 자	(인)	
	전문의 면허번호	110546	김 규 리	(인)	
	전문의 면허번호	109626	이 태 인	(인)	
	전문의 면허번호	117377	천 동 호	(인)	
	전문의 면허번호	110712	정 명 철	(인)	

# 문진표(초등학교)

수 인 사	학교명		학교	
	학년 / 반 / 번호		학 년	반 번
	성명			
	성 별	남·여	생 년 월 일	

※ 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?	예 · 아니오
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )	
2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까?	예 · 아니오
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오.( )	
3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까?	예 · 아니오
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )	
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?	예 · 아니오
4-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )	
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?	예 · 아니오
5-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )	
6. 최근 한 달간 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 하여 주십시오.	

항 목	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.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
순환기	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.		
	설사를 자주 한다.		
혈액	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.		

# 구강검진 문진표

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

# 학생 구강검진 결과 통보서

학 교 명	학교		학년/반/번호	학 년	반	번
성 명		성 별	남·여	생 년 월 일		

구강검사 결과 및 판정											
초·중·고등학교 공통 항목					중·고등학교 추가항목						
충치	①	없음	②	있음	상 ( )개 하 ( )개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대 ( ) 치석형성 ( ) 치주낭형성 -잇몸과 치아 틈 ( ) 그 밖의 증상 ( )
충치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 ( )개 하 ( )개		①	없음	②	있음	
결손치아 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상 ( )개 하 ( )개	턱관절 이상	①	없음	②	있음	
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	( )	고등학교 추가항목					
부정교합	①	없음	②	요교정	③	교정중	치아 마모증	①	없음	②	있음
구강위생 상 태	①	우수	②	보 통	③	개선요망		제3대구치 (사랑니)	①	정상	②
그 밖의 치아상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아상태 : ( )	①		정상	②	이상 ( )
종합소견											
종합소견						가정에서의 조치사항					

판 정 치과의사	전문의 면허번호	28399	전문의 면허번호	25644	검진일 20 . . . 
	의 사 명	장 은 혜 (인)	의 사 명	정 승 현 (인)	
	전문의 면허번호	27799	전문의 면허번호		
	의 사 명	정 세 윤 (인)	의 사 명	(인)	
	전문의 면허번호	6275	전문의 면허번호		
	의 사 명	김 지 환 (인)	의 사 명	(인)	