

학생 건강검진 문진 기록지 (초등학생용)

※ 앞면의 신상명세란과 문진란(앞 뒤 파란색 부분)을 꼭 기재해 주시기 바랍니다.

학교명	학교			학년 / 반 / 번호	학년	반	번호					
성명	성별			남·여	주민번호							
주소				핸드폰 또는 집전화								
구강 증상에 대한 물음				구강 건강행태에 대한 물음								
※지난 1년간 학생이 경험한 증상 모두 "V" 표시해 주십시오.				※학생의 구강건강상태에 해당하는 번호에 "V" 표시해 주십시오.								
증상		①있다	②없다	7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다								
1. 치아가 깨지거나 부러짐				8. 어제 하루동안 이를 닦을때를 모두 표시해 주십시오. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후								
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 먹을 때 치아가 아픔				9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다								
3. 치아가 썩히고 욱신거리고 아픔				10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니다 ③불소치약이 무엇인지 모름								
4. 잇몸이 아프거나 피가남												
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔												
6. 불쾌한 입 냄새가 남												
구분	검사 항목		검사 결과		구분	검사 항목		검사 결과				
신체	키		cm		혈액	혈당(식전)		mg/dL				
발달	몸무게		kg			총콜레스테롤		mg/dL				
상황	비만도					고밀도지단백 (HDL) 콜레스테롤		mg/dL				
눈	시력	나안	좌:	우:		중성지방		mg/dL				
	측정	교정	좌:	우:		저밀도지단백 (LDL) 콜레스테롤		mg/dL				
귀	안질환					간세포 효소		AST	U/L			
	청력	좌:	우:	ALT		U/L						
콧병				혈색소		g/dL						
목병				결핵								
피부병												
소변	요단백				혈압	수축기		mmHg				
	요잠혈					이완기		mmHg				
진찰 및 상담	과거병력				허리둘레				cm			
	외상 및 후유증				그 밖의 사항							
일반상태												
종합소견												
종합소견				가정에서의 조치사항								
면허번호				의사명				(인)				
구강검사 결과 및 판정												
초·중·고등학교 공통 항목					중·고등학교 추가 항목							
충치	①	없음	②	있음	상 ()개	하 ()개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대 () 치석형성 () 치주낭(잇몸과 치아 틈) 형성 () 그 밖의 증상 ()
충치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 ()개	하 ()개	턱관절이상	①	없음	②	있음	
결손치아 (영구치에 한정)	①	없음	②	있음	상 ()개	하 ()개						
구내염및연조직질환	①	없음	②	있음()	고등학교 추가 항목							
부정교합	①	없음	②	교정 필요	③	교정 중	치아마모증	①	없음	②	있음	
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상 ()	
그 밖의 치아 상태	①	과잉치	②	유치잔존	③	그 밖의 치아상태 :						
종합 소견								가정에서의 조치사항				
판정 치과의사	면허번호			검사일 및				검진일				
	의사명			(인)				검진기관명		좋은선린병원		

문진표(초등학생용)

수검자 인적 사항	학교명		초등학교		
	학년 / 반 / 번호		학년	반	번
	성명				
	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일		

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 "V"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.		
	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.		

2,3,5,6 학년 구강검진·기록지



※ (앞면 빨간색 부분만 작성요망)

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강상태에 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 작성하지 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.	수검자 인적사항				
	학교명		학교		
	학년/반/번호		학년	반	번
	성명		성별		남·여
생년월일					
구강 증상에 대한 물음			구강 건강행태에 대한 물음		
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시해 주십시오.			※ 학생의 구강건강상태에 해당하는 번호에 "V" 표시해 주십시오.		
증상	①있다	②없다	7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다		
1. 치아가 깨지거나 부러짐			8. 어제 하루동안 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 육신거리고 아픔			10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름		
4. 잇몸이 아프거나 피가남					
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔					
6. 불쾌한 입 냄새가 남					

※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

구강검사 결과 및 판정												
초·중·고등학교 공통 항목						중·고등학교 추가 항목						
충치	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대 ()	
충치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개						치석형성 ()	
결손치아 (영구치에 한정)	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개						치주낭(잇몸과 치아틈)형성 () 그 밖의 증상 ()	
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음 ()		턱관절이상	①	없음	②	있음	()	
부정교합	①	없음	②	교정필요	③	교정중	치아마모증	①	없음	②	있음	()
구강위생상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상	()
그 밖의 치아상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아상태 :						
총 합 소 견						가정에서의 조치사항						
판 정 치과 의사	면허번호					검진일 및 검진기관	검진일					
	의사명		(인)				검진기관명		좋은선린병원			

소속 :	학교
	학년 반 / 번호
이름 :	

개인정보 수집·이용·제공 동의서

본원은 귀하의 개인정보보호를 매우 중요시 여기고 안전하게 관리하며 「개인정보보호법」을 준수하고 있습니다. 귀하께서 제공하시는 개인정보가 어떠한 용도와 방식으로 이용되고 있는지, 이에 대한 진료관련개인정보 안내와 진료 외 개인정보에 대한 동의를 구하려고 합니다.

아래는 진료관련 개인정보 수집에 대한 안내입니다. 수집된 정보는 동의유무와 관계없이 「의료법」 및 「건강보험법」 「산업안전보건법」 「학교보건법」에 의거 수집·이용·제공되고 있습니다. (동의서를 작성하신 후에도 동의를 철회하고자 할 경우는 본인 확인절차를 거친 후 언제든지 철회하실 수 있습니다.)

검진관련 개인정보	
개인정보 수집항목	성명, 주민등록번호, 주소, 연락처
개인정보수집 및 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> 진료, 검진 예약, 조회 및 진료와 검진을 위한 본인확인 절차 검진 후 진료 및 치료를 위한 진료서비스(협의진료에 필요한 개인정보 및 진료정보 공유) 검진진료비 청구, 수납 및 환급 등의 원무 서비스 제공 검진/진료 계산서, 내역서, 제증명서, 건강진단 결과 발송 온라인/오프라인 검사 수탁, 외부검사 의뢰 가족 등에게 결과의 설명 보건정책기관 정책수립의 목적에 따라 정보제공 (예 : 전염병신고 등)
개인정보 보유·이용기간	병원은 진료 및 검진을 위한 목적으로 수집된 개인정보는 의료법과 건강검진운영세칙 및 산업안전보건법에 의하여 명시된 기간동안 보관할 수 있습니다.
제3자 제공	병원은 건강검진비 청구를 위해 국민보험공단 (※관련법령 : 건강검진기본법 제22조), 산업안전보건법에 의거하여 사업장 및 산업안전공단(※관련법령 : 산업안전보건법 제43조, 시행규칙 105조), 학교보건법에 의거 보호자 및 학교장 (※관련법령 : 학교보건법 제7조)에게 기록을 통보하여 국민건강보험법에 의거 요양급여비용 청구를 위해 건강보험심사평가원에 진료기록을 제출합니다. (※관련법령 : 건강보험법 제43조 시행규칙 제12조)

「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의합니다.

동의여부	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 동의안함
------	------------------------------	-------------------------------

년 월 일

수검자(학생) 본인 : _____ (서명)

보호자(법정대리인) : _____ (서명)