중 · 고등학생용 문진표

학 교 명		학교	학년/반/번호	학년 반 번호
성 명		성 별 □남 □여	주민등록번호	–
주 소			핸드폰번호	
결과수신용 이메일			**키**	**cm** **몸무게** **kg**

<개인정보의 제공에 관한 동의>
검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 병원 등에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며, 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.
개인정보 활용기관: 병원, 학교 / 개인정보 제공 목적: 검진결과 자기관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스지원 및 결과에 따른 사후관리를 목적으로 한다. 동의함[ ] 동의하지않음[ ]

이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다.
본인이 작성하되 5번 문항 및 잘 모르는 문항은 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.

항목	나타나는 증상	예	아니오
전신상태	감기에 잘 걸리는 편이다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로한 편이다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 쌕쌕하는 소리나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
	코를 심하게 곤다는 말을 듣는다.		
	목에서 몽우리가 만져진다.		
순환기	혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다.		
소화기	속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 것 같다.		
	아랫배가 살살 아프거나 설사를 자주 한다.		
혈액	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그밖의증상	두통이나 편두통이 심하다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 분비물이 나온다.		
	귀에서 매미우는 소리나 윙하는 소리가 들린다.		
	턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목 · 허리 · 무릎 등이 쑤시거나 아프다.		
	(여학생) 생리통이 심하다.		

학생건강검사 결과 통보서

학 교 명	학교	학년/반/번호	학년 반 번호
성 명	성 별 □남 □여	주민등록번호	
주 소		핸드폰번호	

구 분	검사항목		검사결과	구 분	검사항목		검사결과
신 체 발 달 상 황	키		cm	혈 액	혈당(식전)		mg/dL
	몸무게		kg		총 콜레스테롤		mg/dL
	비만도				고밀도지단백 (HDL) 콜레스테롤		mg/dL
척 추					중성지방		mg/dL
눈	시력 측정	나 안	좌: 우:		저밀도지단백 (LDL) 콜레스테롤		mg/dL
		교 정	좌: 우:		간 세포 효소	AST	U/L
	안 질 환					ALT	U/L
귀	청 력		좌: 우:		혈 색 소		g/dL
	귓 병			결 핵			
콧 병				혈 압	수 축 기		mmHg
목 병					이 완 기		mmHg
피 부 병				허리둘레			cm
소 변	요 단 백			그 밖의 사항			
	요 잠 혈						
진찰 및 상담	과거병력						
	외상 및 후유증						
	일반상태						

종합소견	
종합소견	가정에서의 조치사항

판정의사	면허번호		검진일 및 검진기관	검 진 일	
	의 사 명	(인)		검진기관명	메디피움동탄