

학생건강검사 결과 통보서

학 교 명	학 교	학 년 / 반 / 번 호	학 년 반 번
성 명	성 별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생 년 월 일	

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

종합소견

종합소견	가정에서의 조치사항

판정의사	면허번호	(인)	검진일 및	검진일	
	의사명		검진기관	검진기관명	

학생구강검사 결과 통보서

학 교 명	학 교			학 년 / 반 / 번 호	학 년	반	번
성 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생 년월일			

구강검사 결과 및 판정

초등학교·중학교·고등학교 공통 항목						중학교·고등학교 추가 항목						
총치	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대() 치석 형성() 치주낭(잇몸과 치아 틈) 형성() 그 밖의 증상()	
총치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개		①	없음	②	있음		
결손치아 (영구치에 한정)	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개	턱관절 이상	①	없음	②	있음	()	
구내염 및 연조직 질환	①	없음	②	있음	()	고등학교 추가 항목						
부정교합	①	없음	②	교정 필요	③	교정 중	치아 마모증	①	없음	②	있음	()
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선 요망		①	없음	②	있음	()
그 밖의 치아 상태	①	과잉치	②	유치 잔존	③	그 밖의 치아 상태:	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상	()

종합소견

종합소견	가정에서의 조치사항

판정 치과의사	면허번호		검진일 및 검진기관	검진일	
	의사명	(인)		검진기관명	

구강검진 문진표

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.			수검자 인적사항				
			학교명				학교
			학년/반/번호				
			성명				
			성별	남 여	생년월일		
구강 증상에 대한 물음			구강건강행태에 대한 물음				
※ <u>최근 1년 동안</u> 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 8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후 9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다 10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름				
1. 치아가 깨지거나 부러짐							
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔							
3. 치아가 쭈시고 욱신거리고 아픔							
4. 잇몸이 아프거나 피가 남							
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔							
6. 불쾌한 입 냄새가 남							
※ 특별히 <u>치과 의사 선생님께</u> 하고 싶은 말을 쓰십시오.							

210mm × 297mm

(일반용지 60g/m²(재활용품))