□ 이곳만 작성하세요.

초등학생건강검사 기록지

학교명	학교	과/학년/반/번호	과 학년 반 번	성별	남 · 여
성명		전화번호		주민번호 (생년월일)	
주소					

구분	검사항목		검사결과					
신체발달	신장		cm	체중	kg	허리둘레(비만)	cm	
상황	비만도	체질량지수	① 저체중 ② 정상 ③ 과체중 ④ 비만					
근·골격 및 척추형태			① 정상 ② 전만 ③ 측만 ④ 후만 ⑤ 요통 ⑥ 어깨결림 ⑦ 기타( )					
눈	시력		나안 좌: 우:	교정 좌: 우:				
	안질환	좌	① 없음 ② 결막염 ③ 사시 ④ 눈썹찔림증 ⑤ 기타( )					
		우	① 없음 ② 결막염 ③ 사시 ④ 눈썹찔림증 ⑤ 기타( )					
귀	청력		좌 ① 정상 ② 이상	우 ① 정상 ② 이상				
	귓병	좌	① 없음 ② 중이염 ③ 외이도염 ④ 기타( )					
		우	① 없음 ② 중이염 ③ 외이도염 ④ 기타( )					
콧병		좌	① 없음 ② 부비동염 ③ 비염 ④ 기타( )					
		우	① 없음 ② 부비동염 ③ 비염 ④ 기타( )					
목병			① 없음 ② 편도선비대 ③ 목부위림프절비대 ④ 갑상선비대 ⑤ 기타( )					
피부병			① 없음 ② 아토피성피부염 ③ 전염성피부염 ④ 기타( )					
진찰 및 상담	과거병력		① 무/유 (② 간장질환 ③ 고혈압 ④ 뇌졸중 ⑤ 심장병 ⑥ 당뇨병 ⑦ 암 ⑧ 기타( )					
	생활습관		① 양호 / 개선필요 (② 음주 ③ 흡연 ④ 운동 ⑤ 체중 ⑥ 음식)					
	외상및후유증		① 무 ② 유	일반상태	① 양호 ② 보통 ③ 불량			
혈압검사	최고 / 최저		/ mmHg					
소변검사	요단백		① 음성 ② 약양성 ③ +1 ④ +2 ⑤ +3 ⑥ +4					
	요잠혈		① 음성 ② 약양성 ③ +1 ④ +2 ⑤ +3 ⑥ +4					
혈액검사 (비만)	혈당(식전)		mg/dL	총콜레스테롤	mg/dL			
	LDL 콜레스테롤		mg/dL	트리글리세라이드	mg/dL			
	HDL 콜레스테롤		mg/dL	AST(SGOT)	U/L			
	ALT(SGPT)		U/L					
그 밖의 검사								
종합판정	정상(A)		① 정상					
	정상(경계)		① 고혈압관리 ② 고지혈증관리 ③ 공복혈당장애 ④ 기타 ( )					
	정밀검사요함 (질환의심)		① 폐결핵의심 ② 기타흉부질환의심 ③ 고혈압의심 ④ 고지혈증의심 ⑤ 간장질환의심 ⑥ 당뇨질환의심 ⑦ 신장질환의심 ⑧ 빈혈증의심 ⑨ 기타질환의심 (① 척추, ② 눈병, ③ 귓병, ④ 콧병, ⑤ 목병, ⑥ 피부병, ⑦ 기타)					
종합소견								
가정에서 조치할 사항								

요양기관기호		검진기관명		검진일	
판정의사	(인)	면허번호		판정일	

20200219

■ 학교건강검사규칙 [별지 제1호의2서식] <개정 2020. 1. 9.>

문진표(초등학생용)

□ 이곳만 작성하세요.

수검자 인적사항	학교명	초등학교	학년 / 반 / 번호	학년 반 번
	성 명	성 별	□남 □여	주민번호

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.

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.		

210㎜×297㎜(백상지 80g/㎡)

일반건강진단기관협의회 제공

□ 이곳만 작성하세요.

학생구강검진 기록지

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강형태에 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						
성 명		주민번호 (생년월일)	–		성 별	남 · 여
학 교 명	학교	연락처	전화번호			
과/학년/반/번호	과 학년 반 번		휴 대 폰			
주 소						

구강 증상에 대한 물음

※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 해주십시오.

증 상	① 있 다	②없 다
1. 치아가 깨지거나 부러짐		
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔		
3. 치아가 쑤시고 욱신거리고 아픔		
4. 잇몸이 아프거나 피가 남		
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔		
6. 불쾌한 입 냄새가 남		

구강건강형태에 대한 물음

※ 학생의 구강건강형태에 해당하는 번호에 "V"표시를 하여 주십시오.

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 ③점식식사 후
④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후

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

10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까?
①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름

※특별히 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

초 · 중 · 고등학교 공통 항목

충 치	①	없 음	②	있 음	상( )개, 하( )개		
충치발생 위험치아	①	없 음	②	있 음	상( )개, 하( )개		
결손치아 (영구치에 한함)	①	없 음	②	있 음	상( )개, 하( )개		
구내염 및 연조직질환	①	없 음	②	있 음 ( )			
부정교합	①	없 음	②	요교정	③	교 정 중	
구강위생 상태	①	우 수	②	보 통	③	개선요망	
그밖의치아상태	①	과잉치	②	유치잔존	③	그밖의 치아상태 ( )	

중 · 고등학교 추가 항목

치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대 ( ) 치석형성 ( ) 치주낭(잇몸과치아틈)형성( ) 그 밖의 증상 ( )
턱관절이상	①	없음	②	있음	

고 등 학 교 추 가 항 목

치아마모증	①	없음	②	있음
제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상 ( )

종 합 소 견

종 합 소 견	가정에서의 조치사항

검진기관명		검진일		판정 치과의사	(인)	치과의사 면허번호	

가천대 길병원
Gachon University Gil Medical Center

이름		생년월일	

개인정보 수집 · 이용 동의서

1. 개인정보 수집 · 이용 목적

필수 항목 : 학생 건강검사 수검

2. 수집하는 개인정보 항목

[개인정보 수집항목]

필수 항목 : 학교정보(학교명, 과, 학년, 반, 번호), 성명, 성별, 주소, 전화번호

[민감정보 수집항목]

필수 항목 : **건강 상태 관련 정보, 구강 증상 관련 정보, 구강 건강형태 관련 정보**

[고유식별정보 수집항목]

필수 항목 : **주민등록번호 (근거법률 : 학교보건법 제7조)**

3. 개인정보의 보유 · 이용기간

5년 (보관 근거 : 의료법 제22조 제2항 진료기록부 등)

4. 동의를 거부할 권리 · 동의 거부 시 불이익에 대한 안내

고객께서는 본 안내에 따른 개인정보 수집에 대하여, 거부할 수 있는 권리가 있습니다.
단, 동의를 거부하실 경우, 학생 건강검진 서비스를 받으실 수 없습니다.

※ 만 14세 미만 아동의 경우에만 표기하세요.

만 14세 미만 아동에 대한 개인정보 및 진료기록 공유를 처리하기 위해 법정대리인으로서 동의합니다. ☐ 예 ☐ 아니오

"개인정보보호법"에 의거 상기 개인정보(필수)에 대한 개인정보 수집 · 이용에 동의합니다.

☐ 예 ☐ 아니오

"개인정보보호법"에 의거 상기 민감정보(필수) 항목에 대한 개인정보 수집 · 이용에 동의합니다.

☐ 예 ☐ 아니오

"개인정보보호법"에 의거 상기 고유식별정보(필수) 항목에 대한 개인정보 수집 · 이용에 동의합니다.

☐ 예 ☐ 아니오

신청일자	년 월 일	수검자와의 관계		신청인	(서명)