

문진표(초,중,고등학생 용)

수검자 인적 사항	학교명		학교	학년/반번호		학년		반		번	
	성명				연락처				보호자		
	주소										
	성별				주민등록번호						

이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 초등학교 1,2학년 학생은 부모님(보호자)이, 초등학교 4,5학년 학생은 본인 또는 부모님(보호자)과 상의하여 작성하기 바랍니다. 중고등학생은 본인이 작성하되 5번 문항 및 잘모르는 문항은 부모님(보호자)과 상의하여 작성하기 바랍니다.

			예	아니오		
1. 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까?						
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오						
2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까?						
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오						
3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까?						
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.						
4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?						
4-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.						
5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까?						
5-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.						
6. 최근 한 달간 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시를 하여 주십시오.						
항목	나타나는 증상			예	아니오	
전신상태	공통	감기에 잘 걸리는 편이다				
		온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로하다.				
		건강하지 않다고 생각한다.				
호흡기	공통	재채기와 함께 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.				
		기침과 함께 누런 가래가 올라온다				
		열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.				
	중.고등학생	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.				
재채기와 함께 맑은 코와 눈이 가렵고 콧물이 흐를 때가 있다.						
순환기	초등학생	코를 심하게 곤다는 말을 듣는다				
		목에서 몽우리가 만져진다.				
	중.고등학생	가만히 있어도 심장이 두근거린다.				
소화기	공통	운동을 할 때 몹시 숨이 차다.				
		혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다.				
	초등학생	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다.				
		배가 팽팽하거나 가스가 찬 느낌이 있다.				
그 밖의 증상	초등학생	배가 자주 아프고 소화가 안 된다.				
		속이 답답하다.				
	중.고등학생	설사를 자주 한다				
		속이 쓰리거나 아플 때가 있다.				
혈액	공통	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다.				
		아랫배가 살살 아프거나 설사를 자주 한다.				
그 밖의 증상	공통	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.				
		몸에 멍이 잘 든다.				
	초등학생	귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.				
		머리가 자주 아프다.				
		귓속에서 소리가 난다.				
	중.고등학생	입이 잘 벌어지지 않는다				
		목이나 허리가 아프다.				
두통이나 편두통이 심하다.						
귀에서 매미우는 소리나 웅하는 소리가 들린다						
턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다.						
목,허리,무릎 등이 쭈시거나 아프다.						
(여학생) 생리통이 심하다.						

구강검진 문진표(초,중,고등학생 용)

<p>이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강행태에 대하여 미리 알아보 고자 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>	수검자 인적사항						
	학교명				학교		
	학년/반/번호		학년		반		번호
	성명						
	주민번호						
	성별	남		여			
	주소						

구강 등상에 대한 물음	구강건강행태에 대한 물음
---------------------	----------------------

<p>* 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시를 해주십시오.</p>	<p>* 학생의 구강건강행태에 해당하는 "□"칸에 "V" 표시를 하여 주십시오.</p>
--	--

증상	있다	없다	
1. 치아가 깨지거나 부러짐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 지난 1년간 치과병원에 간 적이 있습니까? 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모르겠다 <input type="checkbox"/>
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요 아침식사 전 <input type="checkbox"/> 아침식사 후 <input type="checkbox"/> 점심식사 후 <input type="checkbox"/> 저녁식사 후 <input type="checkbox"/> 잠자기 직전 <input type="checkbox"/> 간식섭취 후 <input type="checkbox"/>
3. 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? 그렇다 <input type="checkbox"/> 보통이다 <input type="checkbox"/> 아니다 <input type="checkbox"/>
4. 잇몸이 아프거나 피가남	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 불소치약이 무엇인지 모름 <input type="checkbox"/>
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 불쾌한 입 냄새가 남	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* 특별히 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오