

이곳만 작성하세요.

중·고등학생건강검사 기록지

학교명	학교 과/학년/반/번호	과	학년	반	번호	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	우
		① 없음 ② 결막염 ③ 사시 ④ 눈썹찢림증 ⑤ 기타()	① 없음 ② 결막염 ③ 사시 ④ 눈썹찢림증 ⑤ 기타()
귀	청력	좌	우
	귓병	좌	우
		① 정상 ② 이상	① 정상 ② 이상
		① 없음 ② 중이염 ③ 외이도염 ④ 기타()	① 없음 ② 중이염 ③ 외이도염 ④ 기타()
코	코병	좌	우
		① 없음 ② 부비동염 ③ 비염 ④ 기타()	① 없음 ② 부비동염 ③ 비염 ④ 기타()
목	목병	① 없음 ② 편도선비대 ③ 목부위림프절비대 ④ 갑상선비대 ⑤ 기타()	
피부	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)	
상담	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	
흉부	촬영방법	① 14"×14" ② 14"×17" ③ CR 또는 DR ④ Full Pacs	
방사선	촬영번호	① 정상 ② 사진불량 ③ 비활동성 ④ 폐결핵경증 ⑤ 폐결핵중등증 ⑥ 폐결핵중증	
검사	(No.)	⑦ 폐결핵의증 ⑧ 비결핵성질환 ⑨ 순환기계질환 ⑩ 척추만곡증 ⑪ 진단미정 ⑫ 미촬영	
혈액검사 (비만)	※혈색소	g/dL	혈당(식전)
	총콜레스테롤	mg/dL	HDL 콜레스테롤
	트리글리세라이드	mg/dL	LDL 콜레스테롤
	AST(SGOT)	U/L	ALT(SGPT)
			U/L
그밖의	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 당뇨병질환의심 ⑦ 신장질환의심 ⑧ 빈혈증의심 ⑨ 기타질환의심 (① 척추, ② 눈병, ③ 귓병, ④ 코병, ⑤ 목병, ⑥ 피부병, ⑦ 기타)	
종합소견			
가정에서 조치할 사항			

요양기관번호	검진기관명	검진일
판정의사	(인) 면허번호	판정일

※ '혈색소검사'는 고등학교 1학년 여학생만 실시

20200219

문진표(중학생 · 고등학생용)

이곳만 작성하세요.

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

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

학생구강검진 기록지

이곳만 작성하세요.

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 작성하지 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.

수검자 인적사항	성명				주민번호 (생년월일)	-			성별	남·여
	학교명	학교			연락처	전화번호				
	과학년/반번호	과	학년	반	번	휴대폰				
	주소									
구강 증상에 대한 물음						구강건강형태에 대한 물음				
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 해주십시오.						※ 학생의 구강건강형태에 해당하는 번호에 "V"표시를 하여 주십시오.				
증상		① 있다		② 없다		7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다				
1. 치아가 깨지거나 부러짐						8. 어제 하루 동안 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 썩시고 육신거리고 아픔						10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름				
4. 잇몸이 아프거나 피가 남										
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔										
6. 불쾌한 입 냄새가 남										
※특히 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.										

초·중·고등학교 공통 항목						중·고등학교 추가 항목					
총 치	①	없음	②	있음	상()개, 하()개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대 () 치석형성 () 치주낭(잇몸과치아틈)형성() 그 밖의 증상 ()
총 치 발생 위험 치아	①	없음	②	있음	상()개, 하()개		①	없음	②	있음	
결손 치아 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상()개, 하()개	턱관절이상	①	없음	②	있음	
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	()	고등학교 추가 항목					
부정 교합	①	없음	②	요교정	③	교정 중	치아마모증	①	없음	②	있음
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상 ()
그밖의치아상태	①	과잉치	②	유치잔존	③	그밖의 치아상태 ()		①	정상	②	이상 ()
종합 소견											
종합 소견						가정에서의 조치사항					
검진기관명					검진일			판정 치과의사	(인)		치과의사 면허번호

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 예 아니오
 법정대리인으로서 동의합니다.

"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)
------	-------	-------------	--	-----	------