

구강검진 문진표

학 교 명	학 교	학년/반/번호	학 년	반	번호
성 명	성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민등록번호		
주 소			핸드폰번호		
결과수신용 이메일					

〈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 / 개인정보제공 목적: 검진결과 자기관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스지원 및 결과에 따른 사후관리를 목적으로 한다.
 동의함 [] 동의하지않음 []

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강형태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문결과는 여러분이 진찰을 받을 때 참고하도록 할 것이며, 그 내용에 대하여 비밀이 보장됩니다. 여러분의 솔직하고 성실한 답변은 여러분 자신에게 큰 도움이 될 것입니다. 본인이 작성하되 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.

구강증상에 대한 물음			구강건강형태에 대한 물음		
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시를 해 주십시오.			※ 학생의 구강건강형태에 해당하는 번호에 "V" 표시를 해 주십시오.		
증 상	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. 차갑거나 뜨거운 음료를 마시거나 혹은 음식을 먹을 때 치아가 아픔			9. 과자 등 단 음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다		
3. 치아가 썩고 옥신거리고 아픔			10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름		
4. 잇몸이 아프거나 피가 남			※ 특별히 치과 의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.		
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 옥신거리며 아픔					
6. 불쾌한 입 냄새가 남					

학생구강검사 결과 통보서

초등학교 · 중학교 · 고등학교 공통 항목				중학교 · 고등학교 추가 항목		
충치	① 없음	② 있음	상 ()개 하 ()개	치주질환 (잇몸병)	① 없음	② 있음 <small>잇몸출혈/비대 () 치석 형성 () 치주낭(잇몸과 치아 틈) 형성 () 그 밖의 증상 ()</small>
충치발생 위험치아	① 없음	② 있음	상 ()개 하 ()개	턱관절 이상	① 없음	② 있음
결손치아 (영구치에 한정)	① 없음	② 있음	상 ()개 하 ()개	고등학교 추가 항목		
구내염 및 연조직질환	① 없음	② 있음		치아 미모증	① 없음	② 있음
부정교합	① 없음	② 교정 필요	③ 교정 중			
구강위생상태	① 우수	② 보통	③ 개선요망	제3대구치 (사랑니)	① 없음	② 있음
그 밖의 치아상태	① 과잉치	② 유치 잔존	③ 그 밖의 치아상태			
종합소견				가정에서의 조치사항		
판정 의사	면허번호			검진일 및 검진기관	검진일	년 월 일
	의 사 명	(인)			검진기관명	