

이 설문조사는 건강검사에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. **비밀이 보장**되므로 설문내용에 솔직하고 성실하게 답변해서 학생의 건강보호 및 향상에 도움이 되도록 합니다. 초등학교 1학년은 부모님(보호자)이, 초등학교 4학년은 본인 또는 부모님(보호자)과 상의하여 기재하기 바랍니다.

1. 학생이 지금까지 다음과 같은 질환을 치료받거나 진단받은 경우가 있으면 해당질환에 "V"표시를 하여 주십시오.

의학적 병력	예	아니오	진단받은 연도
선천성 심장질환			
간질			
당뇨병			
천식			
아토피 피부염			
주의력결핍장애			

◎ 2. 학생이 최근 1년 동안 앓은 특별한 질환이나, 학교 활동에 영향을 줄 수 있는 과거병력이 있으면 모두 써 주십시오. 문제에 따라서 학습 및 학교 생활에 도움이 되도록 개별적인 계획을 세울 수 있습니다.

◎ 3. 학생이 최근 지속적으로 복용하고 있는 약물이 있거나, 학교에서 응급으로 비치해야 하는 약물이 있다면 적어주십시오.

4. 일주일 동안 다음 음식을 대체로 몇 번이나 먹습니까?

음식 종류	① 먹지않음	② 1-2번	③ 3-5번	④ 매일먹음
라면				
음료수				
패스트푸드 (햄버거, 피자, 튀김 등)				
육류 (소, 돼지, 닭고기 등)				
우유, 유제품				
과일				
채소 (김치 제외)				

5. 다음 문항에서 자신이 해당하는 곳에 "V"표시를 하여 주십시오.

아침식사는 어떻게 하나?
 ① 거의 꼭 먹음 ② 대체로 먹음 ③ 대체로 안 먹음 ④ 거의 안 먹음

살을 빼기 위해 아래와 같이 경험 해 본 일이 있습니까?(있는 대로 고르시오)
 ① 아무 것도 안 함 ② 식단을 조절한다.
 ③ 약을 먹는다. ④ 운동으로 감량한다.

문진표

(중·고등학생)

* 통계처리 되지 않음, 비실명 통계처리 대상임.

6. 최근 한 달간 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 하여 주십시오.

항목	나타나는 증상	예	아니오
전신 상태	감기에 잘 걸린다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로하다.		
	건강하다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨쉬 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 짹짹하는 소리 나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
순환기	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다.		
	혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
소화기	속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다. 설사나 구토를 자주 한다.		
정신 건강	기분이 처지거나 우울해서 희망이 없다는 느낌이 든다.		
	자살을 심각하게 생각하거나 자살을 시도한 적이 있다.		
	미칠 것 같은 불안을 자주 느낀다.		
그 밖의 증상	두통이나 편두통이 심하다.		
	귀속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.		
	귀에서 매미우는 소리나 웅하는 소리가 들린다. (여학생) 생리통이 심하다.		
결핵 관련	지금까지 결핵성 질병 (예: 폐결핵, 늑막염, 경부 림프절 결핵 등)에 걸린 적이 있다.		
	최근 2주 이상 기침과 가래가 계속되고 있다.		
	결핵 감염이나 환자 접촉으로 인해 결핵약을 먹은 적이 있다.		
	출생 이후에 가족과 동거인 중에서 결핵에 걸렸던 사람이 있다.		
	3년 이내에 반년이상 외국에 살았던 적이 있다. (위의 예인 경우만 답변)그것은 어느 나라입니까?		
	결핵 피부반응 검사를 받은 적이 있다. (위의 예인 경우) 결과는 정상이었습니까?		
예방 접종	지난 1년 이내에 독감 예방 접종을 받았다.		
	Td(파상풍) 접종을 받았다. (DTP가 아님)		

수검자 인적 사항	학교명		학교	
	학년 / 반 / 번호		학년	반 번
	성명			
	성별	남·여	주민번호	

7. 다음은 여러분의 건강생활행동에 대한 질문입니다. 자신에게 해당되는 질문에 "V"표시를 하여 주십시오.

건강 생활 행동		예	아니오
수면 및 신체 활동	하루 30분~1시간이상 숨이 차거나 땀이 날 정도의 운동을 일주일에 며칠이나 하나? ① 거의 안 했음 ② 1-2일 정도 ③ 3-4일 정도 ④ 5일 이상		
	평소에 하루 몇 시간 정도 잡니까? ① 6시간 이내 ② 6-7시간 ③ 7-8시간 ④ 8시간 이상		
	친구들과 비교해서 자신의 체형이 어떻다고 생각하십니까? ① 매우 마른 편이다 ② 약간 마른 편이다 ③ 보통이다 ④ 약간 살이 찐 편이다 ⑤ 매우 살이 찐 편이다		
개인 위생	식사하기 전이나 외출 후 돌아와서 비누로 손을 씻는다.		
	하루에 두 번 이상 이를 닦는다.		
안전	자동차를 탈 때 안전벨트를 맨다.		
	인라인스케이트, 롤러블레이드, 스케이트보드, 자전거 등을 탈 때 헬멧이나 보호구를 착용한다. 지난 1년 동안 사고나 외상 때문에 병원, 보건실에서 치료를 받은 적이 있습니까? ① 없음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 이상		
인터넷	인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상 한다.		
	음란물을 보거나 성인사이트에서 채팅을 자주 한다.		
가정 및 학교 생활	지난 1년 동안 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있다.		
	고민이 있거나 괴로울 때 의논할 수 있는 사람이 있다. 가정(가족)내의 문제에 대해 걱정이 된다.		
	지난 1년 동안 가출하는 것을 심각하게 생각해 본적이 있다. 가정이나 학교에서 폭력으로 인해 자신의 안전이 위협을 받고 있다.		
약물	◎ 학교 생활 문제로 전문가의 상담을 받고 싶다.		
	◎ 술이나 담배 문제로 전문가의 도움을 받고 싶다.		
성	◎ 성 문제로 전문가의 상담을 받고 싶다.		
	진로에 대한 고민으로 스트레스가 많다.		
진로	◎ 고민이나 괴로운 일로 상담을 받고 싶다.		
	의사선생님께 하고 싶은 말		
(학교 재량란)			
◎ 표시 : 학교보건서비스 프로그램 대상임.			

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	성명		주민번호	-	성별	남·여
	학교명	학교	연 락 처	전화번호		
	학년/반/번호	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 ③점식식사 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 쏘시고 욱신거리고 아픔			10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름		
4. 잇몸이 아프거나 피가 남					
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔					
6. 불쾌한 입 냄새가 남					
※ 특별히 <u>치과의사 선생님께</u> 하고 싶은 말을 쓰십시오.					

초·중·고등학교 공통 항목						중·고등학교 추가 항목						
우식치아	①	없음	②	있음	상()개, 하()개	치주질환	①	없음	②	있음	치은출혈/비대()	
우식발생위험치아	①	없음	②	있음	상()개, 하()개		치석형성()					
결손치아 (영구치에 한함)	①	없음	②	있음	상()개, 하()개	악관절 이상	①	없음	②	있음	치주낭형성()	
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	()	고등학교 추가 항목						
부정교합	①	없음	②	요교정	③	교정 중	치아마모증	①	없음	②	있음	제3대구치 (사랑니)
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	①	정상	②	이상	()	
그밖의치아상태	①	과잉치	②	유치잔존	③	그밖의 치아상태 ()						

총 합 소 견					
총 합 소 견			가정에서의 조치사항		

검진기관명	검진일	판정 치과의사	(인) 치과의사 면허번호
-------	-----	------------	------------------