

구강검진 문진표

 이곳만 작성하세요.

학 교 명	학 교	학년/반/번호	학 년	반	번
성 명	성 별 □남 □여	생년월일			
주 소	전화번호				

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강행태에 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.

구강 증상에 대한 물음			구강 건강 행태에 대한 물음		
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 해 주십시오.			※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 "V" 표시를 하여 주십시오.		
증상	①있다	②없다	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 썩히고 욱신거리고 아픔			10. 현재 사용 중인 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 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.

구강검진 기록지

(검진기관 기재란)

구강 검사 결과 및 판 정												
초·중·고등학교 공통 항목						중·고등학교 추가 항목						
총치	①	없음	②	있음	상()개 하()개	치주질환 (잇몸병)	①	없음	②	있음	잇몸출혈/비대() 치석 형성() 치주낭(잇몸과 치아틈) 형성() 그 밖의 증상()	
총치발생 위험치아	①	없음	②	있음	상()개 하()개		①	없음	②	있음		
결손치아 (영구치에 한정)	①	없음	②	있음	상()개 하()개		턱관절 이상	①	없음	②	있음	()
구내염 및 연조직질환	①	없음	②	있음	()	고등학교 추가 항목						
부정교합	①	없음	②	교정필요	③	교정중	치아마모증	①	없음	②	있음	()
구강위생 상태	①	우수	②	보통	③	개선요망	제3대구치 (사랑니)	①	정상	②	이상	()
그 밖의 치아상태	①	과잉치	②	유치잔존	③	그 밖의 치아 상태:						
종 합 소 견						종 합 소 견						
종합소견						가정에서의 조치사항						
판 정	면허번호					검진일 및 검진기관	검진일	202	년	월	일	
치과의사	의 사 명	(인)				검진기관명						