

# 초등학생건강검사 기록지

이곳만 작성하세요.

학교명	학교	과/학년/반/번호	과	학년	반	번호	성	별	남 · 여
성명	전화번호		주민번호 (생년월일)						
주소									

구분	검사항목	검사결과					
신체발달	신장	cm	체중	kg	허리둘레(비만)	cm	
	상항	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	① 없음    ② 결막염    ③ 사시    ④ 눈썹찢림증    ⑤ 기타( )				
		우	① 없음    ② 결막염    ③ 사시    ④ 눈썹찢림증    ⑤ 기타( )				
귀	청력	좌	① 정상    ② 이상		우	① 정상    ② 이상	
	귓병	좌	① 없음    ② 중이염    ③ 외이도염    ④ 기타( )				
		우	① 없음    ② 중이염    ③ 외이도염    ④ 기타( )				
코	병	좌	① 없음    ② 부비동염    ③ 비염    ④ 기타( )				
		우	① 없음    ② 부비동염    ③ 비염    ④ 기타( )				
목병		① 없음    ② 편도선비대    ③ 목부위림프절비대    ④ 갑상선비대    ⑤ 기타( )					
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)					
	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					
혈액검사 (비만)	혈당(식전)	mg/dL	총콜레스테롤	mg/dL			
	LDL 콜레스테롤	mg/dL	트리글리세라이드	mg/dL			
	HDL 콜레스테롤	mg/dL	AST(SGOT)	U/L			
	ALT(SGPT)	U/L					
그 밖의 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 당뇨질환의심    ⑦ 신장질환의심    ⑧ 빈혈증의심 ⑨ 기타질환의심 (① 척추, ② 눈병, ③ 귓병, ④ 코병, ⑤ 목병, ⑥ 피부병, ⑦ 기타)					
종합소견							
가정에서 조치할 사항							

요양기관기호	검진기관명	검진일
판정의사	(인) 면허번호	판정일



# 문진표(초등학생용)

이곳만 작성하세요.

수검자 인적 사항	학교명	초등학교		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. 초등학교 1학년 학생은 부모님(보호자)이, 초등학교 4학년 학생은 본인 또는 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 걸리는 편이다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로한 편이다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 소리가 난다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
순환기	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
	가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
	운동을 할 때 몹시 숨이 차다.		
소화기	배가 자주 아프고 소화가 안 된다.		
	속이 답답하다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 듯한 느낌이 있다.		
	설사를 자주 한다.		
혈액	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그 밖의 증상	머리가 자주 아프다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.		
	귀에서 소리가 난다.		
	입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목이나 허리가 아프다.		