

일반건강검진 문진표 (필수작성)

★ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

구분	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	예	아니오	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오	예	아니오
고혈압	예	아니오	예	아니오
당뇨병	예	아니오	예	아니오
고지혈증	예	아니오	예	아니오
폐결핵	예	아니오	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오	예	아니오

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

뇌졸중(중풍)	예	아니오
심근경색/협심증	예	아니오
고혈압	예	아니오
당뇨병	예	아니오
기타(암포함)	예	아니오

3. B형간염 바이러스 보유자 입니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

4. 지금까지 평생 총5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운적이 있습니까?

- ① 아니오 (☞5번 문항으로 가세요)
② 예 (☞4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 <input type="text"/> 년	하루 평균 <input type="text"/> 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 <input type="text"/> 년	흡연했을 때 하루 평균 <input type="text"/> 개비	끊은지 <input type="text"/> 년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)를 피운적이 있습니까?

- ① 아니오 (☞6번 문항으로 가세요)
② 예 (☞5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 <input type="text"/> 년	하루 평균 <input type="text"/> 개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 <input type="text"/> 년	흡연했을 때 하루 평균 <input type="text"/> 개비	끊은지 <input type="text"/> 년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오
② 예 (☞6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니오 ② 월 1-2일 ③ 월 3-9일
④ 월 10-29일 ⑤ 매일

7. 지난 1년간 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ()번 ② 한 달에 ()번
③ 1년에 ()번 ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

(술 종류 : 소주, 맥주, 양주, 막걸리, 와인 등)

술 종류	잔

7-2. 지난 1년간 가장 많이 마셨던 하루 음주량은 어느 정도입니까?

(술 종류 : 소주, 맥주, 양주, 막걸리, 와인 등)

술 종류	잔

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까?

■ 주당 일

※ 고강도 신체활동의 예) 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

■ 하루에 시간 분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까?

■ 주당 일

※ 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해주십시오.

※ 중강도 신체활동의 예) 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까?

■ 하루에 시간 분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까?

■ 주당 일

등록번호:

구강검진 문진표

성명		전화번호	자택	
주민등록번호	-		핸드폰	

□ 14번 문항까지 모두 작성하여 주시기 바랍니다.

※ (치과)병력과 증상	
1. 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방·관리 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요	
2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니요	
3. 현재 심혈관건강질문제를 겪고 계십니까? (예. 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증 등) ① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다	
4. 최근 3개월 동안, 치아가 쏘시거나 욱신거리거나 아픈 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요	
5. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요	
※ 구강건강 삶의 질과 인식	
6. 최근 3개월 동안, 치아나 입안의 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니요	
7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤편이라고 생각하십니까? ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤매우나쁨	
※ 흡연	
8. 담배를 피우십니까? ① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다	
※ 구강위생관리	
9. 최근 일주일 동안, 하루 평균 치아를 몇 번 닦으셨습니까? 하루에 ()회	
10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하셨습니까? ① 항상 했다(7회) ② 대부분 했다(4~6회) ③ 가끔 했다(1~3회) ④ 전혀 하지 않았다(0회)	
11. 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간칫솔을 얼마나 자주 이용하셨습니까? ① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다 ⑤ 치실 혹은 치간칫솔이 무엇인지 모른다.	
※ 불소이용	
12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ① 예 ② 아니요 ③모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다	
※ 식습관	
13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까? ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상	
14. 하루에 과일주스나 당분이 첨가된 음료(탄산음료, 스포츠음료, 과일 주스 포함)를 얼마나 마십니까? ① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상	

구강검진 결과통보서

성명		주민등록번호	
검진일	20 년 월 일	검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

문진표 평가			
(치과)병력문제	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	구강건강 습관문제	구강위생 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
구강건강인식도 문제	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 없음		불소이용 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
			설탕섭취 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
			흡연 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음

구강검사 결과																																
구분	관련질환	검사항목	검사결과	결과 참고사항																												
치아 검사	치아우식증 (충치)	우식치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	※ 영구치우식 유병율(2010년/%) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>전체</th> <th>남</th> <th>여</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19세 - 29세</td> <td style="text-align: center;">39</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td>30세 - 39세</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">34</td> </tr> <tr> <td>40세 - 49세</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: center;">31</td> </tr> <tr> <td>50세 - 59세</td> <td style="text-align: center;">29</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">26</td> </tr> <tr> <td>60세 - 69세</td> <td style="text-align: center;">28</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">23</td> </tr> <tr> <td>70세 이상</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> </tbody> </table> (보건복지부 2010 국민구강건강실태조사 2011) ※ 검사항목 설명 ① 우식치아: 충치가 있는 치아 ② 인접면 우식 의심치아: 치아 사이에 충치가 의심되는 치아 ③ 수복치아: 충치 치료로 금,레진,아말감 같은 치료를 씌우거나 때운 치아 ④ 상실치아: 충치로 인해 빠져 새로 해넣어야 하는 치아 ⑤ 치은염증: 잇몸에 염증이 있는 정도 ⑥ 치석: 치석제거가 필요한 정도	구분	전체	남	여	19세 - 29세	39	42	35	30세 - 39세	38	42	34	40세 - 49세	34	37	31	50세 - 59세	29	31	26	60세 - 69세	28	33	23	70세 이상	27	31	25
		구분	전체		남	여																										
		19세 - 29세	39		42	35																										
		30세 - 39세	38		42	34																										
40세 - 49세	34	37	31																													
50세 - 59세	29	31	26																													
60세 - 69세	28	33	23																													
70세 이상	27	31	25																													
인접면 우식 의심치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																															
수복치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																															
상실치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																															
치주 조직 검사	치주질환 (잇몸병)	치은염증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증																													
		치석	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증																													
기타부위검사소견																																

아래의 검사는 만 40세만 해당됩니다.

구분	관련질환	검사항목	판정
치면 세균막 검사	치아우식증(충치) 치주질환(잇몸병)	상아우측 제1대구치(16번) 세균막	() 점
		상아우측 중절치(11번) 세균막	() 점
		상아좌측 제1대구치(26번) 세균막	() 점
		하악좌측 제1대구치(36번) 세균막	() 점
		하악좌측 중절치(31번) 세균막	() 점
		하악우측 제1대구치(46번) 세균막	() 점
		평 균 () 점	■ 양호 (1점 미만) ■ 보통 (1~3점 미만) ■ 불량 (3점 이상)
			※ 평균점수 = 각 치면의 점수 합/평가치아수

종합판정 및 조치사항					
종합판정	<input type="checkbox"/> 정상A <input type="checkbox"/> 정상B <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 치료필요				
조치사항	필요 구강보건교육	사후관리 권고		추가 조치사항	
	<input type="checkbox"/> 설탕섭취(영양) <input type="checkbox"/> 구강위생 <input type="checkbox"/> 불소이용	<input type="checkbox"/> 정밀구강검진(방사선검사 등) <input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 및 치주관리(스케일링 등) <input type="checkbox"/> 치아우식 치료 필요 <input type="checkbox"/> 치주치료 필요			
결과해석					
요양기관기호	31100767	검진기관명	순천향대학교부속부천병원	치과의사명	(서명)
판정일	20 년 월 일			면허(자격)번호	

본 건강검진결과통보서는 상급병원에서 영양급여(진료)가 필요하다는 건강검진 종합소견이 있는 경우 영양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음됩니다.

