

이곳만 작성하세요.

중 · 고등학생건강검사 기록지

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

구분	검사항목	검사결과					
신체발달 상황	키	cm	몸무게	kg	허리둘레(비만)	cm	
	비만도(체질량지수)	① 저체중	② 정상	③ 과체중	④ 비만		
척추	척추옆굽음증(척추측만증)	① 정상	② 전만	③ 측만	④ 후만	⑤ 기타()	
	시력 측정	나안	좌:	우:	교정	좌:	우:
눈	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()				
코	콧병	좌	① 없음 ② 코결골염(부비동염) ③ 비염 ④ 기타()				
		우	① 없음 ② 코결골염(부비동염) ③ 비염 ④ 기타()				
목	목병	① 없음 ② 편도비대 ③ 목부위림프절비대 ④ 갑상샘비대 ⑤ 기타()					
피부	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)					
상 담	외상및후유증	① 무 ② 유	일반상태		① 양호 ② 보통 ③ 불량		
	혈압	수축기 / 이완기	/ 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					
방사선 검사	촬영방법	① 14"×14" ② 14"×17" ③ CR 또는 DR ④ Full Pacs					
	촬영번호 (No.)	① 정상 ② 사진불량 ③ 비활동성 ④ 폐결핵경증 ⑤ 폐결핵중등증 ⑥ 폐결핵중증 ⑦ 폐결핵의증 ⑧ 비결핵성질환 ⑨ 순환기계질환 ⑩ 척추만곡증 ⑪ 진단미정 ⑫ 미촬영					
혈액검사 (비만)	※혈색소	g/dL	혈당(식전)		mg/dL		
	총콜레스테롤	mg/dL	고밀도지단백(HDL) 콜레스테롤		mg/dL		
	중성지방	mg/dL	저밀도지단백(LDL) 콜레스테롤		mg/dL		
	AST(SGOT)	U/L	ALT(SGPT)		U/L		
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 당뇨병의심 ⑦ 신장질환의심 ⑧ 빈혈증의심 ⑨ 기타질환의심 (① 척추, ② 눈병, ③ 귓병, ④ 콧병, ⑤ 목병, ⑥ 피부병, ⑦ 기타)					
종합소견							
가정에서의 조치사항							

요양기관기호	검진기관명	검진일
판정의사명	(인) 판정의사 면허번호	판정일

※ '혈색소검사'는 고등학교 1학년 여학생만 실시

이곳만 작성하세요.

문진표(중학생 · 고등학생용)

수검자 인적 사항	학교명	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. 본인이 작성하되 5번 문항 및 잘 모르는 문항은 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 걸린다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로하다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 썹썹하는 소리나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 막힌다.		
	코를 심하게 곤다는 말을 듣는다.		
순환기	목에서 몽우리가 만져진다.		
	혈색이 안 좋고, 가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
소화기	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다.		
	속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
	속이 답답하거나 가득 찬 듯한 느낌이 있다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 것 같다.		
혈액	아랫배가 살살 아프거나 설사를 자주 한다.		
	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그 밖의 증상	두통이나 편두통이 심하다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 분비물이 나온다.		
	귀에서 매미우는 소리나 웅하는 소리가 들린다.		
	턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목·허리·무릎 등이 쭉시거나 아프다.		
	(여학생) 생리통이 심하다.		