

■ 학교건강검사규칙 [별지 제1호의5서식] <개정 2020. 1. 9.>

학생건강검사 결과 통보서

학 교 명	학 교		학년 / 반 / 번호	학년	반	번
성 명	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민번호			
결과받을 주소			휴대전화번호			

구 분	검 사 항 목	검 사 결 과	구 분	검 사 항 목	검 사 결 과	
신 체 발 달 상 황	키	cm	혈 액	혈당(식전)	mg/dL	
	몸무게	kg		총콜레스테롤	mg/dL	
	비만도			고밀도지단백 (HDL) 콜레스테롤	mg/dL	
척 추				중성지방	mg/dL	
눈	시력 측정	나 안 좌: 우:		그 밖의 사항	저밀도지단백 (LDL) 콜레스테롤	mg/dL
		교 정 좌: 우:			간 세포 효소	AST U/L
	안 질 환				ALT U/L	
귀	청 력	좌: 우:			혈 색 소	g/dL
	귓 병			결 핵		
귓 병				혈 압	수 축 기	mmHg
목 병			이 완 기		mmHg	
피 부 병			허리둘레		cm	
소 변	요 단 백		진 찰 및 상 답	그 밖의 사항		
	요 잠 혈					
과거병력						
외상 및 후유증						
일반상태						

종합소견

종합소견	가정에서의 조치사항

판정의사	면허번호	(인)	검진일 및 검진기관	검진일	의료법인남촌의료재단 시화병원
	의사명		검진기관명		

문진표(초등학생용)

수검자 인적 사항	학교명		초등학교		
	학년 / 반 / 번호		학년	반	번호
	성명				
	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일		

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? | □예 □아니오 |
| 1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.() | |
| 2. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까? | □예 □아니오 |
| 2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오.() | |
| 3. 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까? | □예 □아니오 |
| 3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.() | |
| 4. 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? | □예 □아니오 |
| 4-1. 있다면 기록하여 주십시오.() | |
| 5. 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? | □예 □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.		
혈액	설사를 자주 한다.		
	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
그 밖의 증상	몸에 멍이 잘 든다.		
	머리가 자주 아프다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.		
	귀에서 소리가 난다.		
	입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목이나 허리가 아프다.		