

초등학생 건강검사 기록지

〈비만학생은 반드시 금식〉

학 교 명	학 교	학년/반/번호	학년 반 번호
성 명	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민등록번호
연 락 처	주소		

구분	검사항목	검사결과	구분	검사항목	검사결과
신체 발달 상황	키	cm	소변	요 잠 혈	①음성 ②약양성(±) ③+1 ④+2 ⑤+3 ⑥+4
	몸무게	kg		요 단백	①음성 ②약양성(±) ③+1 ④+2 ⑤+3 ⑥+4
	비만도	①정상 ②과체중 ③비만위험군 ④비만	혈액 (비만) 초4	혈당(식전)	mg/dl
눈	시력 나안 교정	좌: 우:		총콜레스테롤	mg/dl
		좌: 우:		HDL콜레스테롤	mg/dl
귀	청력	좌: 우:		중성지방(TG)	mg/dl
혈압	최고/최저	① / mmHg		LDL콜레스테롤	mg/dl
		② / mmHg		AST(SGOT)	U/L
허리둘레(비만)		cm		ALT(SGPT)	U/L
그 밖의 사항					

진찰 및 상담

척 추	①정상 ②척추전만 ③척추측만 ④척추후만 ⑤기타 ()					
안 질환	①없음 ②결막염 ③눈썹찢림증 ④사시 ⑤기타()	종합 판정	정상(A)	①정상		
귀 병	①없음 ②중이염 ③외이도염 ④기타()		정상 (B)	①비만관리 ②혈압관리 ③콜레스테롤관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧기타질환관리 〔①혈색소과다 ②저체중 ③난청 ④시력저하 ⑤경미한부정맥 ⑥기타()〕		
코트 병	①없음 ②코결근염(부비동염) ③비염 ④기타()		질환의심 (R)	①폐결핵의심 ②기타흉부질환의심 ③고혈압의심 ④고지혈의심 ⑤간장질환의심 ⑥당뇨질환의심 ⑦신장질환의심 ⑧빈혈증의심 ⑨기타질환의심		
목 병	①없음 ②편도선비대 ③목부위림프절비대 ④갑상샘비대 ⑤기타()					
피부 병	①없음 ②아토피성피부염 ③전염성피부염 ④기타()					
진찰 및 상담	과 거 병 력	①무 ②유()				
	외상및후유증	①무 ②유()				
	일 반 상 태	①양호 ②보통 ③불량				
종합소견			가정에서의 조치할사항			
검진일 및 검진기관	검진기관명	서명의료재단 세명병원		판 정의사	면허번호	
	검진일				의사명	(인)

수검자 인적사항	학 교 명				학 교
	학 년 / 반 / 번 호	학 년		반	번 호
	성 명				
	성 별	<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?		<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 "✓"표시를 하여 주십시오.			
항 목	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.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
순환기	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.		
혈 액	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.		

중·고등학생 건강검사 기록지

<비만학생은 반드시 금식>

학 교 명	학교	학년/반/번호	학년	반	번호
성 명	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민등록번호		
연 락 처	주소				

구분	검사항목	검사결과	구분	검사항목	검사결과	
신체 발달 상황	키	cm	소변	요 잠 혈	①음성 ②약양성(±) ③+1 ④+2 ⑤+3 ⑥+4	
	몸무게	kg		요 단 백	①음성 ②약양성(±) ③+1 ④+2 ⑤+3 ⑥+4	
	비만도	①정상 ②과체중 ③비만위험군 ④비만	혈액 (비만)	혈당(식전)	mg/dl	
눈	시력	좌: 우:		총콜레스테롤	mg/dl	
		좌: 우:		HDL콜레스테롤	mg/dl	
귀	청력	좌: 우:		중성지방(TG)	mg/dl	
		좌: 우:		LDL콜레스테롤	mg/dl	
혈압	최고/최저	① / mmHg		AST(SGOT)	U/L	
		② / mmHg		ALT(SGPT)	U/L	
허리둘레(비만)		cm		혈색소(고1 여)	g/dl	
그 밖의 사항				결핵	흉부방사선 검사	

진찰 및 상담

척 추	①정상 ②척추전만 ③척추측만 ④척추후만 ⑤기타 ()							
안 질 환	①없음 ②결막염 ③눈썹찢림증 ④사시 ⑤기타()		종합 판정	정상(A)	①정상			
귓 병	①없음 ②중이염 ③외이도염 ④기타()			정상 (B)	①비만관리 ②혈압관리 ③콜레스테롤관리 ④간기능관리 ⑤당뇨관리 ⑥신장기능관리 ⑦빈혈관리 ⑧기타질환관리 〔①혈색소과다 ②저체중 ③난청 ④시력저하 ⑤경미한부정맥 ⑥기타()〕			
코트 병	①없음 ②코결근염(부비동염) ③비염 ④기타()				질환의심 (R)	①폐결핵의심 ②기타흉부질환의심 ③고혈압의심 ④고지혈의심 ⑤간장질환의심 ⑥당뇨질환의심 ⑦신장질환의심 ⑧빈혈증의심 ⑨기타질환의심		
목 병	①없음 ②편도선비대 ③목부위림프절비대 ④갑상샘비대 ⑤기타()					진찰 및 상담	과 거 병 력	①무 ②유()
피 부 병	①없음 ②아토피성피부염 ③전염성피부염 ④기타()						외상및후유증	①무 ②유()
진찰 및 상담	일 반 상 태		①양호 ②보통 ③불량	종합소견	가정에서의 조치할사항			
	검진기관명	서명의료재단 세명병원				판 정의 사	면허번호	
검진일 및 검진기관	검진일			의사명	(인)			

수검자 인적사항	학 교 명				학교
	학년 / 반 / 번호	학년		반	번호
	성 명				
	성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일		

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 “√”표시를 하여 주십시오.			
항 목	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 쉼쉼하는 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.		
혈 액	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 맴미우는 소리나 웅하는 소리가 들린다.		
	턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목·허리·무릎 등이 쭉시거나 아프다.		
	(여학생) 생리통이 심하다.		