

# 구강검진 결과 통보서

일반건강검진

생애전환기 건강진단

성 명		주민등록번호	- 1(2)*****
건강검진일	년 월 일	건강검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

### 문진표 평가

(치과)병력 문제	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	구강건강 습관문제	구강위생	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
			불소이용	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
구강건강인식도 문제	<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	관련 질환	검사항목	검사결과	결과 참고사항																												
치아 검사	치아우식증 (충치)	우식치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	※ 영구치우식 유병률 (2010년/%) <table border="1" style="margin: 5px 0; width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">전체</td> <td style="text-align: center;">남</td> <td style="text-align: center;">여</td> </tr> <tr> <td>19-29세</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>30-39세</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>40-49세</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>50-59세</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>60-69세</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+</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> </table> (보건복지부, 2010 국민구강건강실태조사, 2011)		전체	남	여	19-29세	39	42	35	30-39세	38	42	34	40-49세	34	37	31	50-59세	29	31	26	60-69세	28	33	23	70세+	27	31	25
			전체		남	여																										
		19-29세	39		42	35																										
		30-39세	38		42	34																										
40-49세	34	37	31																													
50-59세	29	31	26																													
60-69세	28	33	23																													
70세+	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	※ 검사항목 설명 ① 우식치아 : 충치가 있는 치아 ② 인접면우식의심치아 : 치아사이에 충치가 의심되는 치아 ③ 수복치아 : 충치치료로 금, 레진, 아말감같은 재료를 씌우거나 때운 치아 ④ 상실치아 : 충치로 인해 빠져 새로 해 넣어야 하는 치아 ⑤ 치은염증 : 잇몸에 염증이 있는 정도 ⑥ 치석 : 치석제거가 필요한 정도																												
		치석	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증																													

#### 기타부위검사소견

※ 아래의 검사의 경우 생애전환기 건강진단 '만 40세'만 해당됩니다.

구분	관련질환	검사항목	판정
치면세균막 검사	치아우식증 (충치), 치주질환 (잇몸병)	상악우측제1대구치(16번) 세균막	( ) 점
		상악우측중절치(11번) 세균막	( ) 점
		상악좌측제1대구치(26번) 세균막	( ) 점
		하악좌측제1대구치(36번) 세균막	( ) 점
		하악좌측중절치(31번) 세균막	( ) 점
		하악우측제1대구치(46번) 세균막	( ) 점
		<b>평균</b>	( ) 점
			※ 평균점수 = 각치면의 점수합 / 평가치아수

### 종합판정 및 조치사항

종합판정	<input type="checkbox"/> 정상 A	<input type="checkbox"/> 정상 B	<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"/> 치아우식치료필요 <input type="checkbox"/> 치주치료필요		
결과해석				
요양기관기호		검진기관명		검진 의사명 (서명)
검진일	년 월 일		면허번호	

## 구강검진 문진표

일반건강검진

생애전환기 건강진단

수검자성명		주민등록번호		전화번호	자택 핸드폰	
주소				우편번호		
				E-mail		

### ※ (치과)병력과 구강건강인식도 관련 문항

1. 최근 1년간 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까?  
 ① 예                      ② 아니오
2. 현재 당뇨병을 앓고 계십니까?                      ① 예                      ② 아니오                      ③ 모르겠다
3. 현재 심혈관 질환을 앓고 계십니까?                      ① 예                      ② 아니오                      ③ 모르겠다
4. 최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?  
 ① 예                      ② 아니오
5. 최근 3개월 동안, 치아가 쭈시거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까?                      ① 예                      ② 아니오
6. 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?                      ① 예                      ② 아니오
7. 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?  
 ① 매우 좋음                      ② 좋음                      ③ 보통                      ④ 나쁨                      ⑤ 매우 나쁨

### ※ 구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용, 흡연) 관련 문항

8. 치아 닦는 방법을 치과나 보건소에서 배운 적이 있습니까?                      ① 예                      ② 아니오
9. 어제 하루 동안 치아를 몇 번 닦으셨습니까?                      (        ) 회
10. 최근 일주일 동안, 잠자기 직전에 칫솔질을 얼마나 자주 하였습니다습니까?  
 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 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니다습니까?  
 ① 항상 했다                      ② 대부분 했다                      ③ 가끔 했다                      ④ 전혀 하지 않았다  
 ⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다
12. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?                      ① 예                      ② 아니오                      ③ 모르겠다
13. 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?  
 ① 먹지 않음                      ② 1번                      ③ 2~3번                      ④ 4번 이상                      ⑤ 모르겠다
14. 하루에 탄산 및 청량음료(스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)를 얼마나 마십니까?  
 ① 먹지 않음                      ② 1번                      ③ 2~3번                      ④ 4번 이상                      ⑤ 모르겠다
15. 담배를 피우십니까?  
 ① 전혀 피운 적이 없다                      ② 현재 피우고 있다                      ③ 이전에 피웠으나 끊었다

### ※ 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오