

서울시 아동 치과주치의 사업안내 및 동의서

안녕하십니까?

서울시에서는 보건소 또는 치과의원(주치의)과 협력하여 아동을 대상으로 예방 중심의 구강건강관리서비스를 제공하는 아동 치과주치의 사업을 실시하고 있습니다. 제공되는 서비스는 구강검진, 구강보건교육, 예방진료(불소도포, 치석제거 등) 및 구강질환 치료 등입니다.

이에 중구 보건소와 ()에서는 중구 치과의사회와 협력하여 귀댁의 아동에게 구강건강관리서비스를 제공하고자 하오니, 참여할 수 있도록 동의하여 주시길 부탁드립니다.

2015년 ____월 ____일

중구 보건소장

()장

문의전화 : 중구 보건소 ☎ 02-3396-6485

() 성명 _____

본인은 위의 내용을 충분히 이해하였으며, 아동 치과주치의 사업에 참여하고자 함.

2015년 ____월 ____일

보호자 성명 (인)

※ 본 동의서를 보건소 또는 아동복지시설(지역아동센터)에 제출하여 주시기 바랍니다.

아동 치과주치의 구강검진 문진표

| <p>이 설문조사는 구강검진에 앞서 아동의 구강 건강과 구강건강행태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다.</p> <p>설문 결과는 아동이 진찰을 받을 때 참고하며 그 내용에 대하여는 비밀이 보장되니 성실한 답변을 부탁드립니다. 본인이 작성하되 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.</p> | 수검자 인적사항 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-----------------|--|----|---------------------------------------|------|--|---------------------|--|--|------------------|--|--|--------------------------|--|--|----------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">시설명</td> <td></td> </tr> <tr> <td>성명</td> <td></td> </tr> <tr> <td>성별</td> <td style="text-align: center;">남 · 여</td> </tr> <tr> <td>생년월일</td> <td></td> </tr> <tr> <td>연락처</td> <td></td> </tr> </table> | 시설명 | | 성명 | | 성별 | 남 · 여 | 생년월일 | | 연락처 | | | | | | | | | | | | |
| 시설명 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 성명 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 성별 | 남 · 여 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 생년월일 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 연락처 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 구강 증상에 대한 물음 | 구강건강행태에 대한 물음 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※ 최근 1년 동안 경험한 증상에 모두 “√” 표시를 해 주십시오.</p> | <p>※ 아동의 구강건강행태에 해당하는 번호에 “√” 표시를 하여 주십시오.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">증상</th> <th style="width: 10%;">① 있다</th> <th style="width: 10%;">② 없다</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 치아가 깨지거나 부러짐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 치아가 쑤시고 육신거리고 아픔</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 잇몸이 아프거나 피가 남</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 불쾌한 입 냄새가 남</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 증상 | ① 있다 | ② 없다 | 1. 치아가 깨지거나 부러짐 | | | 2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔 | | | 3. 치아가 쑤시고 육신거리고 아픔 | | | 4. 잇몸이 아프거나 피가 남 | | | 5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔 | | | 6. 불쾌한 입 냄새가 남 | | | <p>7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ① 있다 ② 없다 ③ 모르겠다.</p> <p>8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ① 아침식사 전 ② 아침식사 후 ③ 점심식사 후 ④ 저녁식사 후 ⑤ 잠자기 직전 ⑥ 간식섭취 후 ⑦ 칫솔질 하지 않았음</p> <p>9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ① 그렇다 ② 보통이다 ③ 아니다</p> <p>10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 불소치약이 무엇인지 모름</p> <p>11. 담배가 입냄새, 잇몸손상, 구강암을 발생시킬 수 있다는 것을 들어본 적(배운적)이 있습니까? ① 있다 ② 없다</p> <p>12. 술이 입냄새, 잇몸손상, 염증을 일으킬 수 있다는 것을 들어본 적(배운적)이 있습니까? ① 있다 ② 없다</p> |
| 증상 | ① 있다 | ② 없다 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 치아가 깨지거나 부러짐 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 치아가 쑤시고 육신거리고 아픔 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 잇몸이 아프거나 피가 남 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. 불쾌한 입 냄새가 남 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※ 특별히 <u>치과의사 선생님께</u> 하고 싶은 말을 쓰십시오.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

서식 3 아동 치과주치의 구강검진결과 통보서(보건소용)

아동 치과주치의 구강검진결과 통보서

| | | | |
|-----|--|------|-------|
| 시설명 | | 성 별 | 남 · 여 |
| 성 명 | | 생년월일 | |

| 구강검사 결과 및 판정 | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|-----------|---------------|---------------|----------------|----------|------------|---------|------------|
| 공동 항목 | | | | | 추가항목 | | | | |
| 우 식 치 아 | 충진된 치아 | ①없음 | ②있음 | 유치 개 | 영구치 개 | 치주 질환 | ① 없음 | ② 있음 | 치은출혈/비대() |
| | 현재 우식증 치아 | ①없음 | ②있음 | 유치 개 | 영구치 개 | | | | 치석형성() |
| | | | | 유치 개 | 영구치 개 | | | | 치주낭형성() |
| | 그 밖의 치아 상태 | ①과양치 | ②유치 잔존 | ③그 밖의 치아 상태 : | | | | | 그 밖의 증상() |
| 결손치아 (영구치) | ①없음 | ②있음 | 상 ()개 | 하 ()개 | 악관절 이상 | ①없음 | ②있음 | | |
| 구내염 및 연조직질환 | ①없음 | ②있음 | () | | 고등학생 추가항목 | | | | |
| 부정교합 | ①없음 | ②있음 | ③교정중 | | 치아마모증 | ①없음 | ②있음 | | |
| 구강위생 상태 | ①우수 | ②보통 | ③개선요망 | | 제3대구치 (사랑니) | ①정상 | ②이상 () | | |
| 그 밖의 치아 상태 | ①과양치 | ②유치 잔존 | ③그 밖의 치아 상태 : | | | | | | |

| 총 합 소 견 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p>* 아래 <input checked="" type="checkbox"/> 표기된 항목은 위 아동에게 필요한 구강보건교육 및 예방진료 내용이며, 서울시 치과주치의 사업에서 무료로 제공하는 서비스입니다.</p> | <p>가정에서의 조치사항</p> |
| <p>구강건강 증진 서비스</p> <p><input type="checkbox"/> 구강위생관리 <input type="checkbox"/> 바른 식습관 <input type="checkbox"/> 불소이용법 <input type="checkbox"/> 금연/절주 <input type="checkbox"/> 칫솔질 · 치실질</p> | |
| <p>예방 진료</p> <p><input type="checkbox"/> 전문가 구강위생관리 <input type="checkbox"/> 불소도포 <input type="checkbox"/> 치아홈메우기 <input type="checkbox"/> 치석제거</p> | |
| <p>* 단, 아래 <input checked="" type="checkbox"/> 표기된 항목은 위 아동에게 전문적인 치료를 필요로 하며, 이에 대한 치료비는 일부만 지원됩니다.</p> | |
| <p>치료</p> <p><input type="checkbox"/> 충진(아말감, 레진, GI) <input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 치수/치근단 치료 <input type="checkbox"/> 기타</p> | |

| | | | | | |
|------|-------|-----|-------|-------|--|
| 판 정 | 면허번호 | | 검진일 및 | 검진일 | |
| 치과의사 | 의 사 명 | (인) | 검진기관 | 검진기관명 | |

