

구강검진 문진표

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강 증상과 구강건강행태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문 결과는 여러분이 진찰을 받을 때 참고하도록 할 것이며, 그 내용에 대하여는 비밀이 보장됩니다. 여러분의 솔직하고 성실한 답변은 여러분 자신에게 큰 도움이 될 것입니다. 본인이 작성하되 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.	수검자 인적사항			
	학교명	학교		
	학년/반/번호			
	성명		연락처	
	성별	남 여	주민등록번호	
	주소			
구강 증상에 대한 물음		구강건강행태에 대한 물음		
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 "V" 표시를 해 주십시오.		※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 "V" 표시를 하여 주십시오.		
증상	①있다	②없다		
1. 치아가 깨지거나 부러짐		7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다		
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔		8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후		
3. 치아가 쏘시고 육신거리고 아픔		9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다		
4. 잇몸이 아프거나 피가 남		10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름		
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔				
6. 불쾌한 입 냄새가 남				
※ 특별히 <u>치과의사 선생님께</u> 하고 싶은 말을 쓰십시오.				