
	<h1>3, 6학년 구강검진 안내</h1>		제 2021 - 72호 발송: 2021. 4. 28.
	우15064 경기도 시흥시 중심상가로 257(정왕동) TEL: 070-7096-7809		

학부모님 안녕하십니까?

3학년, 6학년 학생의 구강검진에 대해 다음과 같이 안내해 드리겠습니다.

3, 6학년 구강검진은 치과 두 군데 중 한 곳을 직접 방문(보호자 동반)하여 검사하는 방법으
로 진행이 됩니다. 기한 내에 구강검진을 완료할 수 있도록 협조 부탁드립니다.

- 1. 검진 기간 : 5월 3일 ~ 11월 30일**
- ※ **검진기간 모두 평일에만 방문해주세요. 주말은 구강검진 불가능합니다.**
 - ※ **중복으로 검진받지 않도록 주의해주세요.**
 - ※ **검진 비용은 무료이므로 꼭 기간 내 검진해주세요**

2. 검진 병원

구강검진기관	한미치과	예치과
주소 및 전화번호	시흥시 정왕대로 342 굿모닝빌 201호 ☎ 031-433-8280	시흥시 마유로 330, 3층 ☎ 031-432-0600
검진 시간	평일 10:00 ~ 18:00 검진시간 (점심시간 13:00 ~ 14:00) 전화예약 없이 직접 방문	평일 9:30 ~ 17:00 검진시간 (점심시간 13:00 ~ 14:00) 미리 전화예약 후 방문

3. 주의사항

- 가. 학교에서 배부된 **‘구강검진 문진표’를 가지고 구강검진 병원 중 한 곳만 방문하여 검진합니다.**
 (문진표는 종이로 배부될 예정이며 필요시 아래 첨부 된 문진표 파일을 출력해서 사용하세요.)
- 나. 검진실시 후 병원에서 주는 **구강검진 결과통보서(학교용)를 담임선생님께 제출합니다.**
- 다. 구강검진 결과 치아우식증이나 부정교합 등의 이상이 있는 경우 개별적으로 치과를 방문하여 치료
 나 상담이나 치료를 받습니다.
- 라. 지정된 병원 이외의 치과에서 검진시 검진비용은 개별부담입니다.

2021. 4. 28.

정 왕 초 등 학 교 장

✂----- 절 취 선 -----

◆ 구강검진 확인서◆

학년 반 번 이름 :	검진기관명	검진날짜

정 왕 초 등 학 교 장 귀 하

구강검진 문진표

<p>이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 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 작성하지 못하는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.</p>			수검자 인적사항					
			학교명		정왕초등학교			
			학년/반/번호					
			성명					
성별		남	여	생년월일				
구강 증상에 대한 물음			구강건강행태에 대한 물음					
※ <u>최근 1년 동안</u> 학생이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 해 주십시오.			※ 학생의 구강건강행태에 해당하는 번호에 "V"표시를 하여 주십시오.					
증상	①있다	②없다	<p>7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까? ①있다 ②없다 ③모르겠다</p> <p>8. 어제 하루 동안 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요. ①아침식사 전 ②아침식사 후 ③점심식사 후 ④저녁식사 후 ⑤잠자기 직전 ⑥간식섭취 후</p> <p>9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ①그렇다 ②보통이다 ③아니다</p> <p>10. 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ①예 ②아니오 ③불소치약이 무엇인지 모름</p>					
1. 치아가 깨지거나 부러짐								
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔								
3. 치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔								
4. 잇몸이 아프거나 피가 남								
5. 혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔								
6. 불쾌한 입 냄새가 남								
※ 특별히 <u>치과의사 선생님께</u> 하고 싶은 말을 쓰십시오.								