

구강검진 문진표 건강검진 실시기준 [별지 제3호 식]시행일20230101

성명	주민등록번호			-
주소	사업장명			

* 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

※ (치과)병력과 증상(1~5) 구강건강 삶의 질과 인식(6~7)관련 문항

- 최근 1년간 구강검진을 받거나 예방관리 목적으로 치과병(의)원에 가신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 현재 당뇨병을 앓고 계십니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 현재 심혈관건강문제(고혈압, 고지혈, 동맥경화증 등)를 겪고 계십니까?
① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 최근 3개월 동안, 치아가 썩거나 욱신거리거나 아픈 적 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오
- 최근 3개월 동안, 치아나 잇몸 문제로 혹은 틀니 때문에 음식을 씹는 데에 불편감을 느끼신 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오
- 스스로 생각하실 때에 치아와 잇몸 등 귀하의 구강건강이 어떤 편이라고 생각하십니까?
① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

※ 흡연(8), 구강위생관리(9~11), 불소이용(12), 식습관(13~14)관련 문항

- 담배를 피우십니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다
- 최근 1주일 동안 하루평균 치아를 몇 번 닦으셨습니까? 하루평균 ()회
- 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)
- 최근 일주일 동안, 치아를 닦을 때 치실 혹은 치간솔을 얼마나 자주 이용하였습니까?
① 항상 했다 ② 대부분 했다 ③ 가끔 했다 ④ 전혀 하지 않았다
⑤ 치실 혹은 치간솔이 무엇인지 모른다
- 현재 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다
- 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번 ④ 4번 이상 ⑤ 모르겠음
- 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 모르겠음

※ 특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

문진 평가				
치과방문력	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	구강건강 습관문제	치아통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
만성질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음		잇몸 통증 혹은 출혈	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음

구강검사 결과

구분	관련 질환	검사항목	검사결과	결과 참고사항
치아 검사	치아 우식 (충치)	우식(충치) 치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	* 구강검진 결과는 2017년 자료 기준으로 치료필요가 가장 많았고, 조치 사항 중 구강보건교육필요율은 10%였고, 방사선 촬영 필요율은 3%였습니다. 전문가 치주관리는 30% 우식치료는 13% 등으로 조사되었습니다. 일반 구강검사 결과 (2017년 국민건강보험공단 청구자료 DB 분석 결과) * 검사항목 설명 ①우식치아:충치가 있는 치아 ②인접면우식의심치아:치아사이에 충치가 의심되는 치아 ③수복치아:충치치료로 금, 레진, 아말감 같은 재료를 씌우거나 때운 치아 ④상실치아:충치로 인해 빠져 새로 해 놓아야 하는 치아 ⑤치은염증:잇몸에 염증이 있는 정도 ⑥치석:치석제거가 필요한 정도
		우식(충치) 의심치아	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	
		수복(떼우거나 씌운) 치아	<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	
		치석	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증	

기타부위 검사소견

치면세균막검사 (40세)	우수 (1점 미만) 보통 (1점~3점 미만) 개선요망(3점 이상)
* 평균점수 = 각치면의 점수합 / 평가치아수	

구강검진 종합판정 및 조치사항

종합판정	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 질환의심 <input type="checkbox"/> 치료필요
조치사항	<input type="checkbox"/> 구강질환이 확인 (또는 의심) 됩니다. <input type="checkbox"/> 다음 사항에 대한 후속조치가 필요합니다. <input type="checkbox"/> 다음사항에 대한 생활습관개선이 필요합니다

생활습관위험도	현재	목표	건강신호등
구강 위생관리	규칙적 칫솔질 치실, 치간칫솔 사용	하루 2회 이상 칫솔질 잠자기 전 칫솔질 실천 치실, 치간칫솔 사용하기	
불소이용	불소치약 사용	불소치약 사용	
설탕섭취	당 함유 간식 섭취 당 함유 음료 섭취	당이 함유된 간식, 음료 하루 총 3회 이하 섭취	
흡연	흡연 여부	금연	

요양기관기호	37100149	검진기관명	영남대학교병원	검진의사명	(서명)
판정일(검진일)	202	년	일	월	면허번호