

경기도 초등학교 치과주치의 구강검진 문진표

이 설문조사는 구강검진을 하기 전 구강상태를 참고하기 위하여 실시하는 것으로, 솔직하고 성실한 답변을 해야 본인의 구강진료에 도움이 됩니다. 비밀은 절대 보장되므로 잘 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.

학 생	() 초등학교 4학년	반	번	
성 명		성 별		남 · 여
생년월일				

구	최근 1년 동안 느낀 증상에 모두 표시해주세요.			
	문항	질문사항		
강 증 상	1	치아가 깨지거나 부러짐	①있다	② 없다
	2	차갑고 뜨거운 음료를 마시거나 음식을 먹을 때 이가 아픔	①있다	② 없다
	3	치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔	①있다	② 없다
	4	잇몸이 아프거나 피가 남	①있다	② 없다
	5	혀 또는 입 안쪽 뺨이 욱신거리며 아픔	①있다	② 없다
	6	불쾌한 입 냄새가 남	①있다	② 없다

본인의 구강건강 상태에 해당하는 번호를 표시해 주세요.		
구 강 건 강 행 태	7	지난 1년간 치과 병·의원에서 받은 진료와 교육에 모두 V표시를 해주세요.(복수응답 가능) ① 구강검진 ② 충치예방: 불소도포 ③ 치아 홈 메우기 ④ 충치치료 및 발치 ⑤ 치면 세균막 교육 ⑥ 칫솔질 교육 ⑦ 치실사용 교육 ⑧ 바른 식습관 교육 ⑨ 불소이용교육 ⑩ 방문한적 없음
	8	어제 하루동안 칫솔질 한 때를 모두 V표시해 주세요.(복수응답 가능) ① 아침식사 전 ② 아침식사 후 ③ 점심식사 후 ④ 간식 후 ⑤ 저녁식사 후 ⑥ 잠자기 전에
	9	과자 등 단음식, 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ① 그렇다 ② 보통이다 ③ 아니다
	10	칫솔, 치약 외 사용하는 것에 모두 V표시를 해주세요.(복수응답 가능) ① 치실 ② 구강 청결제 ③ 불소양치 용액 ④ 없음
	11	담배로 입 냄새, 잇몸손상, 구강암 등이 발생할 수 있다고 들었거나 배운 적 있습니까? ① 있다 ② 없다 ③ 모르겠다
	12	술이 입 냄새, 잇몸손상, 염증을 일으킬 수 있다는 것을 들었거나 배운 적이 있습니까? ① 있다 ② 없다 ③ 모르겠다

* 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰세요.

경기도 초등학교 치과주치의사업 참여신청 및 개인정보 활용 동의서

두 사업 중 참여하고자 하는 사업에 (O) 표시를 하여 주십시오.(※ 중복 선택 불가)

경기도 치과주치의 사업 ()	교육청 학생구강검진 ()
기존 구강검진을 포함한 전문가 구강위생관리 및 구강진료 서비스 제공	학교보건법에 따른 기존 구강검진만 시행

안녕하십니까?

초등학교 치과주치의사업이 학생구강검진과 통합 시행됨에 따라 대상 학생 확인과 사전안내, 구강검진, 구강보건 교육, 구강진료서비스 제공, 사후관리 및 의료비 지급을 위해 경기도(시흥시보건소)는 개인정보 및 검진결과 등을 수집·이용·제공하고자 합니다.

본 사업과 관련하여 만 14세 미만 자녀의 개인정보를 활용하고자 할 경우 『개인정보보호법』 제15조 및 제22조에 따라 법정대리인의 동의를 얻어야 하므로, 아래의 개인정보 수집·이용·제공의 내용을 숙지하시고 동의하여 주시기 바랍니다.

<개인정보 수집·이용·제공>	
1. 수집·이용·제공 목적 : 치과주치의사업 대상자 확인, 치과진료 기록 관리 및 경기도 초등학교 구강관리 사업평가 및 연구에 활용	
2. 수집하려는 개인정보의 항목 : 소속, 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 진료 및 시술 기록 등	
3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 수집하는 개인정보 항목이 진료기록에 해당하는 사항으로 『의료법』 시행규칙 제15조에 의거하여 10년 보존 할 수 있습니다.	
4. 개인정보 수집·이용·제공 동의에 거부 할 수 있으나, 이 경우에는 사전통지 없이 치과주치의사업 지원이 제한됩니다.	
5. 정보주체의 권리: 개인정보 제공 후 제공된 개인정보 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보보호책임자를 통해 열람, 정정 및 삭제를 요구할 수 있습니다.	
개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
고유식별정보 처리에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
개인정보를 제3자(경기도) 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
치과주치의 전산화 시스템(Denti-i) 개인정보 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

위 내용과 같이 자녀의 개인정보(소속, 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 진료 및 시술 기록 등)를 보건소와 치과병원에서 수집·이용하거나 제3자(경기도)에 제공할 수 있음을 이해하였기에 동의합니다.

2019 년 월 일

() 초등학교 4학년 반 번 성명

전화번호 :

보호자 :

서명

시흥시 보건소장 귀하