

<p>이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강형태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문결과는 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.</p>			수 검 자 인 적 사 항				
			학 교 명	학교			
			학년/반/번호	학년	반	번호	
			성 명				
성 별	남 여	생년월일	년	월	일		
구강 증상에 대한 물음			구강건강형태에 대한 물음				
※ 최근 1년 동안 학생이 경험한 증상에 모두 “V” 표시를 해 주십시오.			※ 학생의 구강건강형태에 해당하는 번호에 “V” 표시를 하여 주십시오.				
증 상	①있다	②없다	<p>7. 지난 1년간 치과병(의)원에 간적이 있습니까? ① 있다    ②없다    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</p> <p>9. 과자 등 단음식이나 콜라 등 청량음료를 즐겨 먹습니까? ① 그렇다    ② 보통이다    ③ 아니다</p> <p>10. 현재 사용중인 치약에 불소가 들어 있습니까? ① 예    ② 아니오    ③ 불소치약이 무엇인지 모름</p>				
1. 치아가 깨지거나 부러짐							
2. 차갑고 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔							
3. 치아가 쑤시고 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.							