



영유아건강검진 문진표

14~35일용

보호자 성명	보호자 주민등록번호	보호자 연락처
수검자와의 관계	수검자 성명	수검자 생년월일
E-mail(메일)주소		

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?
예 ☐ 아니요 ☐

신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일
2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지) 신장: □.□□ cm 머리둘레: □.□□ cm
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
4. 아이가 다둥이로 태어났습니까? ① 예 (____명 중 ____째) ② 아니요
5. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수

비씨지

B형 간염

영양 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	완전 모유 수유를 하니까?	①	②
2	밤중수유를 하면 유즙분비 호르몬이 증가하여 모유량이 증가합니다. 밤중수유를 하고 있습니까?	①	②
3	모유는 아이가 원할 때마다 수유를 해야 합니다. 아이가 배고픔을 표현하는 신호들(얼굴표정이나 몸짓)을 상세히 아십니까?	①	②
4	유선염, 유방울혈 등 유방에 문제가 생겼을 때 더 열심히 모유 수유를 해야 문제해결이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
5	완전 모유 수유 시에는 아이에게 비타민 D가 부족해질 수 있습니까?	①	②
6	수유 전에 유두 부위를 소독하지 않아도 된다는 것을 알고 있습니까?	①	②
7	이 시기에는 노리개 젓꼭지를 사용하지 않는 것을 권하고 있습니다. 이를 알고 있습니까?	①	②
8	황달 때문에 모유 수유를 중단한 적이 있습니까?	①	②
9	모유 수유 중인 엄마가 영양제, 한약제, 건강보조식품 등을 과하게 섭취하면 아이에게 영향을 미칠 수 있다는 것을 알고 있습니까?	①	②

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	자동차 이동 시 연령과 체중에 맞는 카시트를 반드시 사용하십니까?	①	②
2	아이를 안고 있는 상태에서 전화를 받거나, 커피를 마시거나, 가방을 들거나, 물건을 옮기거나, 떨어진 물건을 줍는 행동을 할 때는 반드시 아이를 난간이 있는 아이 침대 등에 내려놓은 후 행동해야 한다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
3	아이를 안아 달랠 때, 심하게 흔들면 좋지 않다는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이를 전기장판이나 온수매트 위에서 재운 적이 있습니까?	①	②

시각 관련

① 예 ② 아니요

1	안구에 이상 소견이 보입니까?	①	②
2	가족 중에 눈과 관련된 유전질환(망막모세포종, 선천 백내장, 선천녹내장 등)을 가진 사람이 있습니까?	①	②

청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	큰 소리가 났을 때 아이가 잠에서 깨거나, 놀라거나, 표정 변화 등의 반응이 있습니까?	①	②
2	신생아 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까?(미숙 아인 경우 출생 예정일을 기준으로 1개월 이내)	①	②
3	신생아 청각선별검사에서 한쪽 또는 양쪽 귀에서 '재검(refer)' 판정을 받았습니까?	①	②

수면 교육

① 예 ② 아니요

1	아이를 엎드려 재우거나 옆으로 눕혀서 재웁니까?	①	②
2	아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요)에서 함께 잡니까?	①	②
3	아이가 잘 때 이불은 가슴아래만 덮어주고 속싸개는 사용하지 않습니까?	①	②
4	아이 잠자리 주변에 인형이나 쿠션을 두거나, 범퍼 침대나 똑신한 요, 카시트나 역류방지쿠션에서 아이를 재웁니까?	①	②
5	신생아는 밤낮 구분 없이 자고 깹니다. 아이의 수면 리듬에 맞추어 수유하는 것이 모유 수유를 촉진한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
6	모유 수유가 영유아돌연사 증후군을 예방한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
7	아이를 재우기 전에 목욕, 마사지, 자장가, 책읽기 등의 규칙적인 행동을 하니까?	①	②
8	함께 거주하는 가족이나 아이가 자주 접촉하는 사람 중에 흡연자가 있습니까?	①	②

신생아기 관련

① 예 ② 아니요 ③ 모름

1	신생아 선천성 대사이상 검사를 받았습니까?	①	②	③
2	신생아 선천성 대사이상 검사에서 결과가 정상(음성 또는 이상 없음) 판정을 받았습니까?	①	②	③
3	출생 후 아이가 산후조리원에서 지낸 적이 있습니까?	①	②	
4	모자 돌실(엄마와 아이가 같은 방에서 지내는 방식)을 얼마나 하였습니까? ① 4시간 이내 ② 낮 동안만 ③ 하루 종일 ④ 안 함			
5	아이의 최근 대변 색깔과 비슷한 색깔은 어느 것인가요? ① 초록색, 짙은 초록색 ② 짙은 노란색, 황금색, 갈색 ③ 레몬색, 콩비지색, 회색, 흰색 ④ 해당 없음			

영당이 관절 관련

① 예 ② 아니요 ③ 모름

1	임신말기까지 '둔위(태아의 다리가 아래를 향하는 자세)'가 지속되었습니까?	①	②	③
2	'양수과소증(양수가 조금밖에 없는 상태)'이 있었습니까?	①	②	③
3	가족(부모나 형제) 중 발달성 고관절 이형성증(영아기에 영당이 관절에 문제가 있는 증상) 환자가 있습니까?	①	②	③

개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 입술에 직접 보보를 할 때가 있습니까?	①	②
2	아이의 기저귀를 갈고 난 후, 항상 손을 씻습니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표

4~6개월용

수검자 성명	주민등록번호	보호자 연락처
보호자 성명	수검자와의 관계	E-mail(메일)주소

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하셨습니까?
예 ☐ 아니요 ☐

신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까?
예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : ____kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균

영양 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	완전 모유 수유 중이면 이유식 시기에 아이에게 철분이 부족할 수 있습니다. 아이에게 철분제나 철분이 풍부한 이유기 보충식(이유식) 을 주고 있습니까?	①	②	③
2	모유 수유는 이유기 보충식(이유식)이나 아이 식사를 병행하며 생후 24개월 이후까지도 지속할 수 있다는 것을 알고 있습니까?	①	②	③
3	유축한 모유는 상온에서 최대 4시간까지만 보관 가능한 것을 알고 있습니까?	①	②	③
4	모유 수유 중인 엄마가 진통해열제, 감기약, 항생제 등을 복용한다 해도, 특별한 경우가 아니면 모유 수유를 중단하지 않아도 된다는 것을 알고 있습니까?	①	②	③
5	완전 모유 수유를 언제까지 하셨습니까?(분유를 안 쓰는 모유 수유를 말합니다.) ① 1개월 미만 ② 2개월 ③ 3개월 ④ 4개월			

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	자동차 이동 시 연령과 체중에 맞는 카시트를 반드시 사용합니까?	①	②
2	어른 침대나 소파 위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	①	②
3	아이가 보행기를 사용하다가 심하게 다칠 수 있다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
4	아이를 안아 달랠 때, 심하게 흔들면 좋지 않다는 것을 알고 있습니까?	①	②
5	목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
6	아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	①	②
7	아이를 전기장판이나 온수매트 위에서 재운 적이 있습니까?	①	②

수면 교육

① 예 ② 아니요

1	아이를 바로 눕혀 재웁니까?	①	②
2	아이의 납작머리를 예방하고 발달을 촉진하기 위하여 깨어 있을 때는 엎드려 놀게 합니까?	①	②
3	아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	①	②
4	아이에게 젖이나 분유병을 물린 채 안거나 흔들려 아이가 깊이 잠든 후에 잠자리에 눕합니까?	①	②
5	아이를 재우기 전에 목욕, 마사지, 자장가, 책 읽기 등의 규칙적인 행동을 합니까?	①	②
6	아이가 자다가 깨면 젖이나 분유병을 물려 재웁니까?	①	②

시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 눈을 잘 맞추니까?	①	②
2	아이의 눈동자의 위치가 이상합니까?(안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②
3	아이의 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	①	②

청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	아이가 다양한 소리("아", "우", "이")를 내거나, 웃을 때 소리를 낼 수 있습니까?	①	②	
2	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②	
3	출생 후 1개월 이내 아이가 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까? (미숙아인 경우 출생 예정일을 기준으로 1개월 이내)	①	②	
4	신생아 청각선별검사서에서 한쪽 또는 양쪽 귀에서 '재검(refer)' 판정을 받았습니까?	①	②	③
5	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②	

전자미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

1	※ 전문가들은 만2세 이전에는 전자미디어(예: 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)의 노출을 제한하는 것을 권고하고 있습니다. 아이에게 전자미디어를 보여줍니까?	①	②
2	아이와 함께 있을 때 부모가 전자미디어를 사용합니까?	①	②
3	아이에게 전자미디어를 보여줄 때, 보호자가 같이 보니까?	①	②
4	아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까? ① 전혀 없음 ② 1시간 이내 ③ 2시간 이내 ④ 2시간 이상		

영당이 관절 관련

① 예 ② 아니요

1	발달성고관절이형성증과 관련하여 아이가 고관절 초음파 검사를 받은 적이 있습니까?	①	②
2	아이가 발달성고관절이형성증으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②

개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 눈, 코, 입을 닦기 전과 후, 항상 손을 씻습니까?	①	②
---	-----------------------------------	---	---

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표

9~12개월용

수검자 성명	주민등록번호	보호자 연락처
보호자 성명	수검자와의 관계	E-mail(메일)주소

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?
예 ☐ 아니요 ☐

신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까?
예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : ____kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)

영양 교육

① 예 ② 아니요

1	이유기 보충식(이유식)을 하루 3번 먹입니까?	①	②
2	이유기 보충식(이유식)에 곡류, 채소, 과일, 달걀, 생선, 고기가 들어갑니까?	①	②
3	현재 모유 수유를 지속하고 있습니까?	①	②
4	아이의 알레르기나 천식을 걱정해서 특별히 피하거나 제한하는 음식이 있습니까?	①	②
5	9개월부터 아이가 컵을 사용하여 스스로 먹어야 한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
6	완전 모유 수유를 언제까지 하셨습니까? (분유나 이유식 없이 모유만 먹인 기간을 말합니다.) 해당하지 않는 경우 "0"으로 답해 주시기 바랍니다. ()개월		

정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 엄마와 함께 새로운 놀이나 장난감을 가지고 노는 것을 좋아합니까?	①	②
2	아이가 다른 아이들 놀이에 관심을 보입니까?	①	②
3	아이가 낯선 사람을 두려워하지만, 엄마가 있으면 가까이 갑니까?	①	②
4	엄마가 없으면 아이가 불안해하지만, 엄마가 돌아오면 편안해집니까?	①	②
5	아이가 까꿍놀이를 하면서 잘 웃습니까?	①	②
6	아이가 화가 났을 때 달랠 수 있습니까?	①	②

구강 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	밤 중 수유(모유나 분유병 모두 포함)를 하고 있습니까?	①	②	
2	아이가 분유병을 떼고 컵으로 마시는 연습을 하고 있습니까?	①	②	③
3	충치가 의심되거나 치아 색깔 또는 모양이 이상해 보이는 치아가 있습니까?	①	②	③
4	현재 아이의 잇몸 밖으로 난 치아는 몇 개입니까?	치아 ()개		
5	아이의 치아를 적어도 하루 두 번 이상 닦아 줍니까?	①	②	③

청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중에 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②

시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 눈을 잘 맞춥니까?	①	②
2	아이의 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②
3	아이의 두 눈동자(동공)에 차이(크기, 색상, 불빛반사)가 있습니까?	①	②

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 땅콩, 옥수수 알갱이, 포도, 단추, 작은 장난감 등 입에 들어가는 작은 물건을 가지고 놀다가 질식할 수 있는 위험이 있다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
2	아이가 자석이나 버튼 배터리(단추형 전지) 등을 삼키면 장에 천공이 생기는 등 위험한 합병증이 발생할 수 있다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
3	감전 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②
4	계단, 창문, 베란다 근처에 안전장치가 있습니까?	①	②
5	아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까?	①	②
6	가스레인지 위의 냄비, 솥, 프라이팬 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려놓습니까?	①	②
7	목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
8	자동차 이동 시 연령과 체중에 맞는 카시트를 반드시 사용합니까?	①	②

개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	12개월 이전에는 꿀을 먹이면 안 된다는 것을 알고 있습니까?	①	②
2	외출하고 돌아와서 항상 물과 비누를 이용하여 아이의 손을 씻어줍니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표

18~24개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하셨습니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디프티	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리·풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)

영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이의 식습관에 문제가 있다고 생각합니까?	①	②
2	아이가 먹는 음식에 간을 합니까?	①	②
3	아이가 당분이 첨가된 음료수나 과일주스를 마십니까?	①	②
4	통곡물 섭취가 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
5	아이에게 식사 외에 비타민, 무기질 등의 건강 기능 식품을 주고 있습니까?	①	②

전자 미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

1	아이와 함께 있을 때 부모가 전자미디어(예: 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)를 사용합니까?	①	②
2	아이가 전자미디어로 무엇을 보는지 알고 있습니까?	①	②
3	다음은 전자미디어 사용에 대한 규칙입니다. 아이가 전자미디어를 사용하는 장소에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
4	아이가 전자미디어를 사용하는 요일에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
5	아이가 전자미디어를 사용하는 시간에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
6	아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까? ① 전혀 없음 ② 1시간이 내 ③ 2시간 이내 ④ 2시간 이상		

대소변가리기 교육

① 예 ② 아니요

1	이전에 비해 아이의 소변보는 간격이 늘어나고 있습니까?(두 시간 정도)	①	②
2	아이가 혼자서 바지를 내릴 수 있습니까?	①	②
3	아이가 대소변을 의미하는 말(응가, 쉬 등)을 알아듣거나 표현할 수 있습니까?	①	②
4	아이가 유아용 변기에 관심을 보입니까?	①	②
5	대소변 가리기를 시도해 보신 적이 있습니까?	①	②

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	①	②
2	아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까?	①	②
3	계단, 창문, 베란다 근처에 아이를 위한 안전장치가 있습니까?	①	②
4	가스레인지 위의 주방기구(냄비, 프라이팬 등) 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려놓습니까?	①	②
5	감전 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②
6	목욕탕이나 욕조 안에 잠시라도 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
7	자동차 이동 시 연령과 체중에 맞는 카시트를 반드시 사용합니까?	①	②
8	차 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②

개인위생 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 외출하고 돌아와서 물과 비누를 이용하여 손을 씻습니까?	①	②
2	아이가 눈, 코, 입을 손으로 자주 만집니까?	①	②
3	외출 할 때 물과 비누로 아이의 손을 씻겨줄 수 없는 경우에 대비해 알코올 성분이 있는 손세정제를 휴대합니까?	①	②

시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들리는 (떨리는) 증상이 있습니까?	①	②
2	아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
3	책/TV/물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	①	②
4	아이의 눈이 가끔 가운데로 물리거나 밖으로 향합니까?	①	②

청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②
4	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공와우를 착용하고 있습니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표

30~36개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하셨습니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)

영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이의 식습관에 문제가 있다고 생각합니까?	①	②
2	아이가 하루에 세 번 식사를 합니까?	①	②
3	통곡물 섭취가 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이가 매일 가족과 함께 식사를 합니까?	①	②
5	아이가 단 음식을 많이 먹습니까?	①	②
6	모유를 조금이라도 먹인 기간이 생후 몇 개월까지입니까? 모유 수유를 하지 않으신 경우 "0"으로 답해 주시기 바랍니다. ()개월		



취학전 준비 교육(누리과정)

① 예 ② 아니요

1	아이가 달리기와 점프 둘 다 할 수 있습니까?	①	②
2	아이가 규칙적으로 식사하고 잠을 잡니까?	①	②
3	아이가 다른 사람이 들려주는 짧고 재미있는 이야기를 알아듣고 이해할 수 있습니까?	①	②
4	아이가 듣는 사람을 바라보며 말할 수 있습니까?	①	②
5	아이가 친구들의 놀이에 관심을 보입니까?	①	②
6	(간단한 규칙 준수) 아이가 자기 차례를 기다릴 수 있습니까?	①	②
7	아이가 손가락으로(사물을 가리키거나 손가락을 꼽으며) 셋까지 셀 수 있습니까?	①	②
8	아이가 언제부터 어린이집이나 유치원에 다니기 시작했습니까? (유치원이나 어린이집에 다니는 아동의 경우에만 응답) ① ()개월 ② 해당 없음		



대소변가리기 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 대소변을 가립니까?	①	②
2	아이가 유아용 변기를 잘 사용합니까?	①	②
3	아이가 대변을 볼 때, 규칙적이며 힘들어하지 않습니까?	①	②
4	아이가 대소변 실수를 두려워합니까?	①	②



정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 주변(사람, 장난감, 음식 등)에 관심을 보입니까?	①	②
2	아이가 다른 아이들 곁에서 놀니까?	①	②
3	아이가 어른이나 다른 아이들의 행동을 따라합니까?	①	②
4	아이가 엄마와 잠시 동안 떨어져 있을 수 있습니까?	①	②
5	아이가 말이나 몸짓으로 자신의 감정을 표현합니까?	①	②
6	화가 나더라도 아이 스스로 진정할 수 있습니까?	①	②



개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 대·소변을 본 후 항상 물과 비누를 이용하여 손을 씻습니까?	①	②
---	---------------------------------------	---	---



청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②
4	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공와우를 착용하고 있습니까?	①	②



시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
2	책, TV, 물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	①	②
3	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

2210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표 42~48개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등 아이를 위한 안전장치를 해놓았습니까?	①	②
2	어린이 풀이나 욕조 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
3	양초, 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②
4	아이가 자전거, 인라인 스케이트, 쌍썩 등을 탈 때 항상 헬멧과 보호대를 사용합니까?	①	②
5	차가 다니는 길에서 아이가 놀 때가 있습니까?	①	②
6	자동차 이동 시 연령과 체중에 맞는 카시트나 보조의자를 반드시 사용합니까?	①	②

영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 하루에 세 번 식사를 합니까?	①	②
2	아이가 생우유를 하루에 두 잔(500mL) 정도 마십니까?	①	②
3	통곡물 섭취가 아이 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이가 당분이 첨가된 음료수(탄산음료, 스포츠음료, 어린이용 음료 등)나 과일주스를 피하고 있습니까?	①	②
5	아이가 먹는 음식은 싱겁게 조리하는 편입니까?	①	②

청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②	
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②	
3	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②	
4	아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②	
5	귓속말검사를 시행하였습니까?	①	②	
6	귓속말검사서에서 아이가 모든 그림을 정확히 가리켜 맞혔습니까?	①	②	③

수면 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 저녁 몇 시쯤 잠이 듭니까? ① 9시 전 ② 9-10시전 ③ 10-11시전 ④ 11-12시전 ⑤ 12시 이후		
2	아이가 코를 고는 날이 일주일에 3일 이상 있습니까?	①	②
3	아이가 하루 평균 몇 시간 잠을 잡니까? ① 낮잠: ()시간 ()분 ② 밤잠: ()시간 ()분		
4	아이의 수면에 문제가 있습니까?	①	②

시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
2	책, TV, 물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	①	②
3	아이의 눈이 가끔 가운데로 물리거나 밖으로 향합니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mm×279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표 54~60개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때 항상 헬멧, 보호대를 사용합니까?	①	②
2	차가 다니는 길에서 아이가 놀 때가 있습니까?	①	②
3	자동차 이동 시 연령에 맞는 카시트나 보조 의자를 반드시 사용합니까?	①	②
4	아이가 물놀이 할 때 지켜야 할 규칙을 알고 있습니까?	①	②
5	양초, 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②
6	의약품이나 화학제품(표백제, 세정제, 광택제 등) 혹은 날카로운 물건 등을 아이의 손이 닿지 않는, 잠기는 곳에 보관합니까?	①	②

영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 건강한 식습관을 가지고 있습니까?	①	②
2	아이가 물 대신 음료수, 과일주스를 선호하여 자주 마십니까?	①	②
3	아이가 매일 유제품(우유, 플레인 요거트, 치즈 등)을 먹습니까?	①	②
4	아이가 일반우유 대신 저지방우유를 마시고 있습니까?	①	②
5	아이가 매일 다양한 잡곡, 채소, 과일을 섭취하고 있습니까?	①	②
6	아이가 달고 짜고 기름진 인스턴트식품이나 패스트 푸드를 자주 먹습니까?(예를 들어 과자, 아이스크림, 햄버거, 치킨, 피자 등)	①	②
7	아이가 TV, 동영상, 스마트폰, 게임 등을 하는 시간이 하루 2시간 이상입니까?	①	②
8	아이가 하루 1시간 이상 숨차고 땀이 날 정도로 뛰어 놀거나 운동을 합니까?	①	②

시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 눈이 가끔 멍하거나 초점이 이상할 때가 있습니까?	①	②
---	---------------------------------	---	---

전자미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 전자미디어(예: 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)로 무엇을 보는지 알고 있습니까?	①	②
2	전자미디어 사용에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
3	아이가 전자미디어 사용규칙을 지킵니까?	①	②
4	아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까? ① 전혀 없음 ② 1시간 이내 ③ 2시간 이내 ④ 2시간 이상		

청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이의 듣기와 말하기에서 걱정되는 문제가 있습니까?	①	②
4	원활한 초등학교 생활을 위해 아이가 청력검사(순음 청력검사)를 받았습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
6	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공와우를 착용하고 있습니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



영유아건강검진 문진표 66~71개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)



안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때 항상 헬멧, 보호대를 사용합니까?	①	②
2	아이 혼자 길을 건너다니 적이 있습니까?	①	②
3	자동차 이동 시 카시트나 보조의자를 반드시 사용합니까?	①	②
4	화재 발생 시 신고하는 번호를 아이가 알고 있습니까?	①	②
5	놀이터에서 아이를 혼자 놀게 한 적이 있습니까?	①	②



취학 전 준비 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 어린이집이나 유치원 수업시간 동안 한 자리에 앉아 있을 수 있습니까?	①	②
2	아이가 자고 일어나는 시간이 규칙적입니까?	①	②
3	아이가 다른 친구들과 잘 어울려 놀니까?(예 : 아이가 친구와 놀면서 양보할 줄 압니까?)	①	②
4	아이가 어른의 지시를 따르고 부모님이나 선생님이 정해진 규칙을 지킵니까?	①	②
5	아이가 자신이 하고자 하는 말을 분명하고 조리 있게 말할 수 있습니까?	①	②
6	아이가 도움이 필요할 때 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있습니까?	①	②
7	아이가 숫자를 20까지 세고 손가락으로 한 자릿수 덧셈을 할 수 있습니까?	①	②
8	아이가 대소변을 보고 난 뒤, 혼자서 처리할 수 있습니까?	①	②
9	아이가 산만하거나 집중력이 떨어진다고 생각하십니까?	①	②



영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 건강한 식습관을 가지고 있습니까?	①	②
2	아이가 매일 아침식사를 합니까?	①	②
3	아이가 물 대신 음료수, 과일주스를 선호하여 자주 마십니까?	①	②
4	아이가 매일 유제품(우유, 플레인 요거트, 치즈 등)을 먹습니까?	①	②
5	아이가 일반우유 대신 저지방우유를 마시고 있습니까?	①	②
6	아이가 매일 다양한 잡곡, 채소, 과일을 섭취하고 있습니까?	①	②
7	아이가 간식이나 외식 시 달고 짜고 기름진 인스턴트 식품이나 패스트푸드를 자주 먹습니까?(예를 들어, 과자, 아이스크림, 햄버거, 치킨, 피자 등)	①	②
8	아이가 학습 외의 목적으로 TV, 동영상, 스마트폰, 컴퓨터, 게임 등을 하는 시간이 하루 2시간 이상입니까?	①	②
9	아이가 하루 1시간 이상 숨차고 땀이 날 정도로 뛰어 놀거나 운동을 합니까?	①	②



청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이의 듣기와 말하기에서 걱정되는 문제가 있습니까?	①	②
4	원활한 초등학교 생활을 위해 아이가 청력검사(순음 청력검사)를 받았습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
6	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공와우를 착용하고 있습니까?	①	②



개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 만6세 이전에 받아야 하는 모든 정기 예방접종을 완료하였습니까?	①	②
2	아이가 기침이나 재채기를 할 때에 무엇으로 가리고 합니까? ① 손 ② 옷소매	①	②
3	아이가 코를 풀거나 손으로 가리고 기침이나 재채기를 한 경우 항상 손을 씻도록 가르칩니까?	①	②



시각 관련

① 예 ② 아니요

1	영유아건강검진을 통해 의뢰를 권유받아 안과를 방문하신 적이 있습니까?	①	②
---	--	---	---

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

영유아 구강검진 문진표

(본 문진표는 18개월에서 29개월용입니다)

수검자 성명		주민등록번호		보호자연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아 구강검진은 2세(18~29개월), 4세(42~53개월), 5세(54~65개월)에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있습니다.

이 설문조사는 건강검사에 앞서 아이의 상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 비밀이 보장되므로 솔직하고 성실하게 답변해주시요. 보호자께서 작성하시되 잘 모르는 문항은 아이를 관찰 후 기재하여 주시기 바랍니다.



치과병력과 구강건강인식도 관련 문항

- 태어난 이후 지금까지 아이를 위해 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
- 지난 한 달 동안, 아이가 치아가 아프다고 한 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
- 현재 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?
① 예 ② 아니요 ③ 모르겠다



구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항

- 우유병을 떼셨습니까?
① 예 ② 아니요
- 평소 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
- 평소 하루에 탄산 및 청량음료 등(단맛이 나는 스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다

- 보호자가 아이의 치아를 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?
① 예 ② 아니요
- 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 줍니까?
① 예 ② 아니요
- 평소에 아이는 얼마나 자주 자신의 치아를 닦습니까? 혹은 닦아주고 있으십니까?
① 일주일에 한번 미만
② 적어도 일주일에 한번이나, 매일은 아님
③ 하루에 한번
④ 하루에 두 번
⑤ 하루에 세 번 이상
- 아이는 치약을 사용하기 시작했습니까?
① 예 ② 아니요
- 현재 아이가 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?
① 예 ② 아니요
③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않음
- 보통 얼마만큼의 치약을 사용합니까?
① 아주 조금 ② 작은 콩알 크기만큼
③ 칫솔머리의 반만큼 ④ 칫솔머리 전체 길이만큼
⑤ 치약을 사용하지 않음



특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

영유아 구강검진 문진표

(본 문진표는 42개월에서 53개월용입니다)

수검자 성명		주민등록번호		보호자연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아 구강검진은 2세(18~29개월), 4세(42~53개월), 5세(54~65개월)에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있습니다.

이 설문조사는 건강검사에 앞서 아이의 상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 비밀이 보장되므로 솔직하고 성실하게 답변해주시요. 보호자께서 작성하시되 잘 모르는 문항은 아이를 관찰 후 기재하여 주시기 바랍니다.



치과병력과 구강건강인식도 관련 문항

1. 지난 1년간 아이를 위해 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
2. 지난 한 달 동안, 아이가 치아가 아프다고 한 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
3. 현재 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?
① 예 ② [아니요](#) ③ 모르겠다
6. 아이 자신의 치아를 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
7. 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 줍니까?
① 예 ② [아니요](#)
8. 어제 하루 동안 아이가 이를 닦는 때를 모두 표시해 주세요.
① 아침식사 전 ② 아침식사 후
③ 점심식사 후 ④ 저녁식사 후
⑤ 잠자기 직전 ⑥ 간식섭취 후



구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항

4. 평소 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
5. 평소 하루에 탄산 및 청량음료 등(단맛이 나는 스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
9. 현재 아이가 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않음
10. 보통 얼마만큼의 치약을 사용합니까?
① 아주 조금 ② 작은 콩알크기만큼
③ 칫솔머리의 반만큼 ④ 칫솔머리 전체 길이만큼
⑤ 치약을 사용하지 않음
11. 아이의 충치 예방을 위해 불소를 이용하는 것에 대한 조언을 받은 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)



특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

영유아 구강검진 문진표

(본 문진표는 54개월에서 65개월용입니다)

수검자 성명		주민등록번호		보호자연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아 구강검진은 2세(18~29개월), 4세(42~53개월), 5세(54~65개월)에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있습니다.

이 설문조사는 건강검사에 앞서 아이의 상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 비밀이 보장되므로 솔직하고 성실하게 답변해주시요. 보호자께서 작성하시되 잘 모르는 문항은 아이를 관찰 후 기재하여 주시기 바랍니다.



치과병력과 구강건강인식도 관련 문항

- 지난 1년간 아이를 위해 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
- 지난 한 달 동안 아이가 치아가 아프다고 한 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
- 현재 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?
① 예 ② [아니요](#) ③ 모르겠다
- 아이 자신의 치아를 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
- 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 줍니까?
① 예 ② [아니요](#)
- 어제 하루 동안 아이가 이를 닦은 때를 모두 표시해 주세요.
① 아침식사 전 ② 아침식사 후
③ 점심식사 후 ④ 저녁식사 후
⑤ 잠자기 직전 ⑥ 간식섭취 후



구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항

- 평소 하루에 과자, 사탕, 케이크 등 달거나 치아에 끈끈하게 달라붙는 간식을 얼마나 먹습니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
- 평소 하루에 탄산 및 청량음료 등(단맛이 나는 스포츠 음료, 이온 음료, 과일 주스 포함)을 얼마나 마십니까?
① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2~3번
④ 4번 이상 ⑤ 모르겠다
- 현재 아이가 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?
① 예 ② [아니요](#)
③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않음
- 보통 얼마만큼의 치약을 사용합니까?
① 아주 조금 ② 작은 콩알크기만큼
③ 칫솔머리의 반만큼 ④ 칫솔머리 전체 길이만큼
⑤ 치약을 사용하지 않음
- 아이의 충치 예방을 위해 불소를 이용하는 것에 대한 조언을 받은 적이 있습니까?
① 예 ② [아니요](#)



특별한 증상 혹은 치과 의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.