

영유아 건강검진 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 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ①예(⇨분만 예정일은? _____ 년 _____ 월 _____ 일) ②아니오
 4. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균
시행한 횟수						

시각 예 ① 아니오 ②

1	아이가 눈을 잘 맞춥니까?	① ②
2	눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	① ②
3	검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	① ②
4	가족 중에 눈과 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?	① ②

청각 예 ① 아니오 ②

1	큰 소리에 잠에서 깨거나, 놀라거나, 표정 변화 등으로 반응합니까?	① ②
2	익숙한 목소리를 들으면 조용해지거나 동작을 멈추고 듣는 것처럼 보입니까?	① ②
3	다양한 소리(찍찍거림, 깔깔거림, 높은 비명소리 등)를 낼 수 있습니까?	① ②
4	출생 후 신생아 집중치료실(중환아실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	① ②
5	신생아기에 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까?	① ②
6	위의 5번 문항이 '예'인 경우 청력검사 결과가 양호(양측 통과 또는 이상 없음)라고 하였습니까? (5번 문항이 '아니오'인 경우 답하지 마세요)	① ②

영아돌연사증후군 예방 교육 예 ① 아니오 ②

1	아이를 엎드려 재웁니까?	① ②
2	아이의 침대나 요가 매트입니까?	① ②
3	아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	① ②
4	아이가 깨어 있을 때 배를 바닥에 대고 머리를 든 상태에서 놀 수 있도록 도와줍니까?	① ②
5	함께 거주하는 가족이나 아이가 자주 접촉하는 사람 중에 흡연자가 있습니까?	① ②
6	집안에서(베란다 포함) 담배를 피우는 사람이 있습니까?	① ②
7	아이가 탄 승용차 안에서 담배를 피우는 사람이 있습니까?	① ②

안전사고 예방 교육 예 ① 아니오 ②

1	아이를 승용차에 태울 때 카시트를 어디에 설치합니까? ① 앞좌석 ② 뒷좌석(카시트나 승용차가 없는 경우) ③	① ② ③
2	아이가 자동차 뒤를 바라보도록 카시트를 설치합니까?(카시트나 승용차가 없는 경우) ③	① ② ③
3	어른 침대나 소파 위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	① ②
4	목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	① ②
5	아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	① ②

영양 교육

1	아이에게 어떤 것을 주로 먹입니까? 공통 ① 모유만(⇨ 문항 2~4, 10) ② 분유만(⇨ 문항 5~10) ③ 모유와 분유 혼합(⇨ 문항 2~10)	① ② ③
2	모유 모유수유를 언제까지 지속할 계획입니까? ① 6~11개월 ② 12~23개월 ③ 24개월 이상 ④ 잘 모르겠다	① ② ③ ④
3	모유 모유수유를 지속하는데 어떤 문제가 있습니까? ① 모유량 ② 모유수유 횟수 ③ 수유 방법 ④ 밤중 수유 ⑤ 기타 ⑥ 문제 없음	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4	모유 다음 중 아이 엄마가 섭취하는 것이 있습니까? ① 카페인 음료 ② 술 ③ 담배 ④ 약물 ⑤ 해당 없음	① ② ③ ④ ⑤
5	분유 분유는 하루에 얼마나 먹습니까? ① 500 mL 미만 ② 500~999 mL ③ 1,000 mL 이상	① ② ③
6	분유 분유를 달 때 끓여서 식힌 물을 사용합니까? ① 예 ② 아니오	① ②
7	분유 미리 타 둔 분유를 어떻게 데웁니까? ① 증탕 ② 전자레인지 ③ 기타	① ② ③
8	분유 현재 먹고 있는 분유는 어떻게 선택했습니까? ① 보호자의 선택 ② 의사의 권고	① ②
9	분유 먹다 남은 분유는 어떻게 합니까? ① 보관했다 다시 준다 ② 버린다	① ②
10	공통 이유기 보충식(이유식)을 언제 시작할 예정입니까? ① 4개월 전부터 이미 시작했다 ② 4~6개월 ③ 6개월 이후 ④ 잘 모르겠다	① ② ③ ④

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

영유아 건강검진 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 이해하셨습니까?

예 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ①예(→분만 예정일은? _____ 년 _____ 월 _____ 일) ②아니오
 4. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균
시행한 횟수						

5. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

시각

예 ① 아니오 ②

1	아이가 눈을 잘 맞춥니까?	① ②
2	눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	① ②
3	검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	① ②
4	가족 중에 눈과 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?	① ②

청각

예 ① 아니오 ②

1	이름을 부르는 소리, 전화 벨소리, 사람 목소리 등에 반응합니까?	① ②
2	혼자 있을 때도 재잘거리는 웅얼이를 합니까?	① ②
3	소리가 나는 곳을 눈으로 따라가며 봅니다?	① ②
4	아이에게 말을 할 때 아이가 집중해서 들습니까?	① ②
5	ㅂ, ㅃ, ㅍ 으로 시작하는 말하는 듯한 소리를 가끔 내기도 합니까?	① ②

안전사고 예방 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 땅콩, 포도, 단추와 같은 조그만 물건을 가지고 놀니까?	① ②
2	아이를 보행기에 태운 적이 있습니까?	① ②
3	식탁이나 테이블 가장자리에 뜨거운 음료나 음식을 놔 둡니까?	① ②
4	목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	① ②
5	아이가 자동차 뒤를 바라보도록 카시트를 설치합니까? (카시트나 승용차가 없는 경우 ③)	① ② ③

구강 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 잘 때 분유병이나 젖을 물고 잡니까?	① ②
2	분유병을 때는 연습을 하고 계십니까?	① ②
3	아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?	① ②
4	아이의 치아 중 흰 반점이 보이는 치아가 있습니까?	① ②
5	아이의 구강 위생 수준은 양호하다고 생각 하십니까?	① ②
6	아이의 치아를 규칙적으로 닦아주십니까?	① ②

영양 교육

1	이유기 보충식(이유식)을 하루에 몇 번 합니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상	① ② ③ ④
2	이유기 보충식(이유식)으로 어떤 음식을 줍니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 곡류 ② 채소 ③ 과일 ④ 달걀 ⑤ 생선 ⑥ 고기	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3	현재 아이에게 먹이는 것은 무엇입니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 모유 ② 일반 분유 ③ 특수 분유 ④ 생우유 ⑤ 발효 유제품 (치즈/플레인 요구르트 등)	① ② ③ ④ ⑤
4	다음 중에서 아이에게 먹여 본 음식이 있습니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 선식 ② 꿀 ③ 소금이나 설탕 ④ 해당 없음	① ② ③ ④

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

영유아 건강검진 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 위한것이 아닙니다. 이사실을 이해하셨습니까?

예 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ①예(※분만 예정일은? _____ 년 _____ 월 _____ 일) ②아니오
 4. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

5. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

 시각


예 ① 아니오 ②

1	눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들립니까?	① ②
2	검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	① ②
3	장면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편 입니까?	① ②
4	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 핑그리고 보니까?	① ②

 청각


예 ① 아니오 ②

1	모든 방향에서 나는 보통 크기의 소리를 구별 할 수 있습니까?	① ②
2	"배고프니?", "쉬 마려워?"같은 단순한 예/아니오 식의 질문을 이해하고 반응합니까?	① ②
3	자기의 이름(정확하지는 않더라도)을 말할 수 있습니까?	① ②
4	책에 있는 그림을 말하면 맞는 그림을 가리킬 수 있습니까?	① ②
5	간단한 지시사항(컵 주세요, 공 가져와 등)을 알로 듣고 이해합니까?	① ②

 안전사고 예방 교육

예 ① 아니오 ②

1	약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	① ②
2	아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까?	① ②
3	가스레인지 위의 주방기구 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려 놓습니까?	① ②
4	목욕탕이나 욕조에 잠시라도 아이를 혼자 둔적이 있습니까?	① ②
5	아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용 ② 보조의자 사용 ③ 안전벨트 착용 ④ 그냥 앉힌다	① ② ③ ④

 대소변가리기 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 소변보는 간격이 이전보다 늘어나고 있습니까? (두 시간 정도)	① ②
2	아이가 혼자서 바지를 내릴 수 있습니까?	① ②
3	대소변을 의미하는 말(응가, 쉬 등)을 알아 듣거나 표현할 수 있습니까?	① ②
4	유아용 번기에 관심을 보입니까?	① ②
5	규칙적으로 힘들지 않게 대변을 보니까?	① ②
6	대소변 가리기를 시도해 보신 적이 있습니까?	① ②

 영양 교육

1	아이가 정해진 장소에서 일정한 시간에 규칙적인 식사를 합니까?	① 예 ② 아니오	①	②
2	아이가 분유병을 사용하고 있습니까?	① 예 ② 아니오	①	②
3	아이 음식을 조리할 때 간을 어떻게 합니까? ① 어른 음식과 같게 간을 한다 ② 어른 음식보다 덜 짜게 준비한다 ③ 간을 하지 않는다		①	② ③
4	아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예: 탄산 음료, 스포츠 음료, 어린이용 음료 등)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200 mL(큰 컵 한 잔) 미만 ② 200~499 mL ③ 500 mL 이상		①	② ③
5	하루 동안 아이에게 어떤 음식을 줍니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 곡류 ② 채소 ③ 과일 ④ 고기/생선/달걀/콩 ⑤ 우유 및 유제품 ⑥ 기타		① ② ③ ④ ⑤ ⑥	
6	음식을 먹을 때 아이의 반응은 어떠한니까? ① 주는 대로 골고루 먹는다 ② 좋아하는 한 두 가지만 먹는다 ③ 편식은 없으나 적게 먹는다 ④ 씹는 음식을 싫어한다 ⑤ 음식에 관심이 없다		①	② ③ ④ ⑤
7	아이와 함께 하는 식사시간이 즐겁습니까?	① 예 ② 아니오	①	②
8	아이에게 식사 이외의 건강기능식품을 제공합니까? (예: 비타민, 무기질, 정장제, 홍삼 등)	① 예 ② 아니오	①	②

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

영유아 건강검진 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 이해하십니까?
 예 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

시각 예 ① 아니오 ②

1	눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들리니까?	①	②
2	정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
3	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	①	②
4	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	①	②

청각 예 ① 아니오 ②

1	아이가 말하는 단어의 개수가 지속적으로 늘어나고 있습니까?	①	②
2	두 어절을 이어서 말할 수 있습니까? ('모두 주세요,' '책 읽어줘,' 등)	①	②
3	TV 소리를 다른 사람보다 크게 높니까?	①	②
4	아이가 ㅋ, ㅌ, ㅍ, ㅊ 등의 자음이 포함된 단어를 사용할 수 있습니까?	①	②
5	급성 중이염을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②

안전사고 예방 교육 예 ① 아니오 ②

1	아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	①	②		
2	계단, 창문, 베란다 근처에 아이를 위한 안전장치가 있습니까?	①	②		
3	생냥이나 라이터는 아이 손이 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②		
4	차 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②		
5	다칠 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②		
6	악이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	①	②		
7	아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용 ② 보조의자 사용 ③ 안전벨트 착용 ④ 그냥 앉힌다	①	②	③	④

전자 미디어 노출 교육 예 ① 아니오 ②

1	아이가 자는 방에서 TV나 인터넷을 사용할 수 있습니까?	①	②
2	TV나 인터넷, 스마트폰 사용에 대한 가정 내의 규칙이 있습니까?	①	②
3	아이가 스마트폰으로 주로 사용하는 앱이나 게임 영상이 무엇인지 보호자가 알고 있습니까?	①	②
4	아이가 스마트폰, 인터넷을 사용하거나 TV, 영화, 비디오 등을 볼 때 보호자가 같이 보십니까?	①	②
5	아이가 스마트폰을 사용할 때 누워서 혹은 엎드려서 보는 경우가 있습니까?	①	②

영양 교육

1	아이의 식욕은 어떻습니까? ① 좋다 ② 보통이다 ③ 나쁘다	①	②	③		
2	아이가 하루에 몇 끼의 식사를 합니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상	①	②	③	④	
3	아이가 하루에 몇 번의 간식을 먹습니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상	①	②	③		
4	아이가 일주일 동안에 가족과 함께 식사를 하는 날이 며칠이나 됩니까? ① 1~2일 ② 3~4일 ③ 5일 이상	①	②	③		
5	아이가 생우유를 하루에 얼마나 마십니까? ① 마시지 않는다 ② 200 mL 미만 ③ 200~499 mL ④ 500~999 mL ⑤ 1,000 mL 이상	①	②	③	④	⑤
6	아이가 단 음식을 많이 먹습니까? (예: 사탕, 과자, 케이크, 과일주스, 당분이 첨가된 음료 등) ① 예 ② 아니오	①	②	③		
7	아이에게 알레르기가 걱정되어 특정한 식품을 제한한 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오	①	②	③		
8	아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까? ① 예 ② 아니오	①	②	③		

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

영유아 건강검진 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 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)

3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

시각 예 ① 아니오 ②

1	눈동자의 위치가 이상합니까?	① ②
2	정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	① ②
3	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봄니까?	① ②
4	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	① ②

청각 예 ① 아니오 ②

1	조용한 곳에서 아이 뒤로 한 팔 거리정도 떨어져, 아이 한쪽 귀를 막고 속삭이듯 말하는 단어(연필, 학교 등)를 양쪽 모두 정확하게 따라 할 수 있습니까?	① ②
2	아이가 하는 말을 대부분 이해할 수 있습니까?	① ②
3	출생 후 신생아 집중치료실(중환아실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	① ②
4	아이의 발음이 정확합니까?	① ②
5	아이가 같은 또래의 아이들만큼 말을 잘 합니까?	① ②

정서 및 사회성 교육 예 ① 아니오 ②

1	또래들과 스스로 어울려 놀니까?	① ②
2	친구를 자주 때리거나, 친구의 물건을 빼앗습니까?	① ②
3	간단한 집안일들을 하도록 가르치기 시작했습니까? (예: 쓰레기를 휴지통에 버리기, 가지고 놀던 장난감 정리하기 등)	① ②
4	아이에게 공공장소 예절을 가르치고 있습니까?	① ②
5	아이에게 아는 사람을 만나면 먼저 인사하라고 가르칩니까? / 누군가 고마운 일을 해 주었을때 "감사합니다." 또는 "고맙습니다."라고 답하기를 가르칩니까?	① ②
6	상상놀이와 역할놀이를 할 줄 압니까? 편을 나누어 하는 게임을 할 줄 압니까?	① ②
7	아이가 경험한 일을 간단하게 설명할 수 있습니까?	① ②
8	흔히 보는 직업과 역할에 대해 아이가 설명할 수 있습니까?	① ②

안전사고 예방 교육 예 ① 아니오 ②

1	계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등의 안전장치를 항상 설치해 놓습니까?	① ②
2	어린이 풀이나 욕조에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	① ②
3	담배와 라이터, 전기 기구와 전기 코드를 아이 손에 닿지 않게 보관합니까?	① ②
4	자전거, 인라인 스케이트 등을 타는 경우 항상 헬멧과 관절 보호대를 사용합니까?	① ②
5	아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	① ②
6	아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용 ② 보조의자 사용 ③ 안전벨트 착용 ④ 그냥 앉힌다	① ② ③ ④

영양 교육

1	아이가 하루에 몇 끼의 식사를 합니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상	① ② ③ ④
2	아이가 하루에 몇 번의 간식을 먹습니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상	① ② ③
3	아이가 생우유를 하루에 얼마나 마십니까? ① 마시지 않는다 ② 200 mL 미만 ③ 200~499 mL ④ 500~999 mL ⑤ 1,000 mL 이상	① ② ③ ④ ⑤
4	아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예: 탄산 음료, 스포츠 음료, 어린이용 음료 등)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200 mL(큰 컵 한잔) 미만 ② 200~499 mL ③ 500 mL 이상	① ② ③
5	평소 아이와 가족들이 먹는 음식을 싱겁게 하시는 편입니까? ① 예 ② 아니오	① ②
6	평소 아이의 식사하는 태도는 어떻습니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 식사 시간이 너무 길다(30분 이상) ② 새로운 음식 먹기를 거부한다 ③ 음식을 골고루 먹지 않는다 ④ 먹이기가 힘들다 ⑤ 해당 사항 없음	① ② ③ ④ ⑤
7	아이가 TV나 모니터(컴퓨터, 게임기, 스마트폰 등)를 보는 시간이 하루에 2시간 이상입니까? ① 예 ② 아니오	① ②
8	아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까? ① 예 ② 아니오	① ②

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

영유아 건강검진 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 위한것이 아닙니다. 이사실을 이해하셨습니까?

예 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 월 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

시각

예 ① 아니오 ②

1	눈동자의 위치가 이상합니까?	① ②
2	정면(앞)에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	① ②
3	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	① ②
4	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	① ②

청각

예 ① 아니오 ②

1	간단한 동화나 이야기를 듣고 질문에 답할 수 있습니까?	① ②
2	간단한 문장으로 자연스럽게 의사표현을 할 수 있습니까?	① ②
3	두 단계의 명령문을 이해하고 수행할 수 있습니까? (책을 집어서, 가방에 넣으세요)	① ②
4	어린이집, 놀이터, 친구 집 등에서 있었던 일들을 이야기 할 수 있습니까?	① ②
5	아이가 사, 쓰, 자, x 등의 자음이 포함된 단어를 사용할 수 있습니까?	① ②

안전사고 예방 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때마다 헬멧, 관절보호대를 사용합니까?	① ②
2	아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	① ②
3	아이를 승용차에 태울 때 보조의자에 앉히고 안전 락을 매어주니까?(승용차가 없는 경우 ③)	① ② ③
4	아이가 물놀이 할 때 지켜야 할 규칙을 알고 있습니까?	① ②
5	아이가 성냥이나 라이터, 폭죽 같은 것을 가지고 놀니까?	① ②
6	악이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	① ②

개인 위생 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 음식을 먹거나 마시기 전에 손을 씻습니까?	① ②
2	아이가 장난감이나 동물을 만진 후 손을 씻습니까?	① ②
3	아이가 화장실을 이용한 후 손을 씻습니까?	① ②
4	아이가 눈, 코, 입을 손으로 자주 만집니까?	① ②
5	외출 중 아이가 물을 사용하여 손을 씻을 수 없는 경우 어떻게 하십니까? ① 마른 티슈로 닦는다 ② 물티슈로 닦는다 ③ 알코올 성분이 있는 손세정제를 사용한다 ④ 일단 그냥 둔다	① ② ③ ④

영양 교육

1	아이의 외모(체격)에 대해 어떻게 생각하십니까? ① 통통한 편이다 ② 보통이다 ③ 마른 편이다	①	②	③
2	식사 속도가 다른 가족과 비슷합니까? ① 빠르다 ② 비슷하다 ③ 느리다	①	②	③
3	식사와 간식을 규칙적으로 먹습니까? ① 예 ② 아니오	①		②
4	아이의 1회 식사량은 또래에 비해 어떻습니까? ① 적다 ② 비슷하다 ③ 많다	①	②	③
5	아이가 편식을 합니까? ① 예 ② 아니오	①		②
6	기름진 음식이나 달거나 짠 음식을 많이 먹습니까? (예: 패스트 푸드, 인스턴트 식품 등) ① 예 ② 아니오	①		②
7	물 대신 음료를 선호합니까? ① 예 ② 아니오	①		②
8	아이가 TV나 모니터(컴퓨터, 게임기, 스마트폰 등)를 보는 시간이 하루에 2시간 이상입니까? ① 예 ② 아니오	①		②
9	아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까? ① 예 ② 아니오	①		②

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

영유아 건강검진 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 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

 시각

예 ① 아니오 ②

1	눈동자의 위치가 이상합니까?	① ②
2	정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	① ②
3	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	① ②
4	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	① ②

 청각


예 ① 아니오 ②

1	대부분의 모음과 자음을 맞게 발음할 수 있습니까?	① ②
2	작은 소리로 하는 말을 잘 이해합니까?	① ②
3	다른 사람들과 쉽게 말로 대화할 수 있습니까?	① ②
4	어른이 하는 말을 정확히 따라 할 수 있습니까?	① ②
5	부모 또는 친척 중에 어려서부터 청각장애를 가진 사람이 있습니까?	① ②

 안전사고 예방 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때마다 헬멧, 관절보호대를 사용합니까?	① ②
2	아이 혼자 길을 건너다닌 적이 있습니까?	① ②
3	아이를 승용차에 태울 때 보조의자에 앉히고 안전 락을 매어주니까?(승용차가 없는 경우 ③)	① ② ③
4	화재 발생 시 신고하는 번호를 아이가 알고 있습니까?	① ②
5	놀이터에서 아이를 혼자 놀게 하고 다른 일을 하십니까?	① ②

 취학 전 준비 교육

예 ① 아니오 ②

1	아이가 스스로 좋은 행동과 나쁜 행동을 판단할 수 있습니까?	① ②
2	하고 싶거나 먹고 싶거나 갖고 싶은 것을 참고 기다릴 수 있습니까?	① ②
3	다른 아이들과 잘 어울려 놀니까?(예: 아이가 친구와 놀면서 양보할 줄 압니까?)	① ②
4	어린이집이나 유치원의 수업 시간 동안에 한 자리에 앉아 있을 수 있습니까?	① ②
5	어른의 지시를 따르고 부모님이나 선생님이 정해진 규칙을 지키는 것이 가능합니까?	① ②
6	유치원이나 어린이집에 갈 때 보호자와 떨어지기가 힘들니까?	① ②
7	대소변을 보고 본인이 혼자서 처리할 수 있습니까?	① ②
8	도움이 필요할 때 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있습니까?	① ②
9	자고 일어나는 시간이 규칙적입니까?	① ②

 영양 교육

1	아이가 아침 식사는 꼭 하는 편입니까? ① 그렇다 ② 매일은 아니지만 대체적으로 그렇다 ③ 아니다	① ② ③
2	일주일 동안 가족이 함께 하는 저녁 식사는 몇 번입니까? ① 1~2회 ② 3~4회 ③ 5회 이상	① ② ③
3	아이가 칼슘이 함유된 유제품(우유, 플레인 요구르트, 치즈 등 포함)을 자주 먹습니까? ① 예 ② 아니오	① ②
4	간식은 주로 언제 먹습니까? ① 간식을 먹지 않는다 ② 식사 사이 ③ 자기 전이나 늦은 시간 ④ 시간이 정해져 있지 않다	① ② ③ ④
5	간식으로 주로 어떤 음식을 먹습니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 당분이 첨가된 음료 (예: 과일 주스, 탄산음료, 스포츠음료 등) ② 기름진 음식 혹은 달거나 짠 음식 (예: 패스트푸드, 인스턴트 식품 등) ③ 해당 없음	① ② ③
6	아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체활동(놀이, 운동 등)을 합니까? ① 예 ② 아니오	① ②

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

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 답변해주시고, 보호자께서 작성하시되 잘 모르는 문항은 아이를 관찰 후 기재하여 주시기 바랍니다.

치과병력과 구강건강인식도 관련 문항

- | | |
|---|--|
| <p>1. 태어난 이후 지금까지 아이를 위해 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>2. 지난 한달 동안, 아이가 치아가 아프다고 한 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>3. 현재 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다</p> | <p>7. 보호자가 아이의 치아를 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>8. 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 줍니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>9. 평소에 아이는 얼마나 자주 자신의 치아를 닦습니까? 혹은 닦아 주고 있습니까?
 ① 일주일에 한번 미만
 ② 적어도 일주일에 한번이나, 매일은 아님
 ③ 하루에 한번
 ④ 하루에 두 번
 ⑤ 하루에 세 번 이상</p> |
|---|--|

구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항

- | | |
|--|---|
| <p>4. 우유병을 떼셨습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>5. 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</p> <p>6. 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</p> | <p>10. 아이는 치약을 사용하기 시작했습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>11. 현재 아이가 사용 중인 치약에 불소가 들어 있습니까?
 ① 예 ② 아니오
 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않음</p> <p>12. 보통 얼마만큼의 치약을 사용합니까?
 ① 아주 조금 ② 작은 공알 크기만큼
 ③ 칫솔머리의 반만큼 ④ 칫솔머리 전체 길이만큼
 ⑤ 치약을 사용하지 않음</p> |
|--|---|

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 답변해주시고, 보호자께서 작성하시되 잘 모르는 문항은 아이를 관찰 후 기재하여 주시기 바랍니다.

치과병력과 구강건강인식도 관련 문항

- | | |
|--|--|
| <p>1. 지난 1년간 아이를 위해 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과 병(의)원에 간 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>2. 지난 한 달 동안, 아이가 치아가 아프다고 한 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>3. 현재 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다</p> | <p>6. 아이 자신의 치아를 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>7. 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 줍니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>8. 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</p> |
|--|--|

구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항

- | | |
|--|--|
| <p>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</p> <p>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</p> | <p>9. 현재 아이가 사용 중인 치약에 불소가 들어있습니까?
 ① 예 ② 아니오
 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않음</p> <p>10. 보통 얼마만큼의 치약을 사용하니까?
 ① 아주 조금 ② 작은 콩알크기만큼
 ③ 첫숱머리의 반만큼 ④ 첫숱머리 전체 길이만큼
 ⑤ 치약을 사용하지 않음</p> <p>11. 아이의 충치 예방을 위해 불소를 이용하는 것에 대한 조언을 받은 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> |
|--|--|

특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.

영유아 구강검진 문진표

(본 문진표는 54개월에서 65개월용입니다)

수검자 성명		주민등록번호	
보호자 성명		수검자와의 관계	

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 답변해주시고, 보호자께서 작성하시되 잘 모르는 문항은 아이를 관찰 후 기재하여 주시기 바랍니다.

치과병력과 구강건강인식도 관련 문항

- | | |
|--|--|
| <p>1. 지난 1년간 아이를 위해 구강병 치료나 관리를 목적으로 치과 병(의)원에 간 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>2. 지난 한달 동안 아이가 치아가 아프다고 한 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>3. 현재 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다</p> | <p>6. 아이 자신의 치아를 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>7. 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 주니까?
 ① 예 ② 아니오</p> <p>8. 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</p> |
|--|--|

구강건강 습관(설탕섭취, 구강위생, 불소이용) 관련 문항

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

특별한 증상 혹은 치과의사에게 묻고 싶은 말을 자유롭게 쓰십시오.