〈앞면〉

학교 밖 청소년 건강검진 신청서

접수번호	접수일자	처리기간 30일

대상자	성명		주민등록번호
	주소		(전화번호 :)
	전자메일	최종학교	
보호자	성명	관계	생년월일
	주소		(전화번호 :)
신청인	성명	관계	생년월일
	주소		(전화번호 :)

「청소년복지 지원법」 제6조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조제4항에 따라 위와 같이 청소년 건강검진을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

여성가족부장관 귀하

신청(신고)인 제출서류	학교 밖 청소년을 증명하는 서류(해당하는 경우만 제출합니다) 1부	수수료
담당공무원 확인사항	주민등록등본	없 음

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처 리 절 차

신청서 작성	→	접수	→	검토	→	결재	→	통보
신청인		처리기관 : 여성가족부						

210mm×297mm[백상지80g/㎡ 또는 중질지80g/㎡]

〈뒷면〉

학교 밖 청소년 건강진단을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

여성가족부는 **학교 밖 청소년 건강검진 서비스 제공을** 위하여 아래와 같이 **개인정보를 수집·이용하고자 합니다.** 수집된 정보는 국민건강보험공단, 한국청소년상담복지개발원에 제공하여 '학교 밖 청소년 건강검진' 지원을 위해 활용됩니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의여부를 결정하여 주십시오.

1. 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집목적	보유기간
성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 전자메일, 최종학교명	학교 밖 청소년 건강검진 서비스 제공	정보 보유목적이 달성될 경우 지체없이 파기

※ 귀하는 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 학교 밖 청소년 건강검진 서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의함 □ 동의하지 않음 □

2. 고유식별정보 수집·이용내역

항목	수집목적	보유기간
주민등록번호	학교 밖 청소년 건강검진 서비스 제공	정보 보유목적이 달성될 경우 지체없이 파기

※ 귀하의 고유식별정보는 청소년복지지원법 시행령 제18조에 따라 수집·이용되며 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 학교 밖 청소년 건강검진 서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

위와 같이 고유식별정보를 처리하는데 동의하십니까?

동의함 □ 동의하지 않음 □

3. 개인정보 제3자 제공

제공하신 개인정보는 정보제공자의 사전동의 없이 제3자에게 제공하지 않습니다. 단, 다음과 같은 경우 정보주체 또는 제3자의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우를 제외하고는 수집된 정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 제3자에게 제공할 수 있습니다.

다 음

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우 2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우 3. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 4. 통계작성 및 학술연구 등의 목적을 위하여 필요한 경우로서 특정 개인을 알아볼 수 없는 형태로 개인정보를 제공하는 경우 5. 기타 「개인정보 보호법」 제18제제2항 제5호~제9호에 해당하는 경우

년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

여성가족부 장관 귀중

※ 만 14세 미만 아동의 경우 법정대리인 동의 필요(개인정보 보호법 제22조제5항)

학교 밖 청소년 건강검진 문진표

수검자 성명		주민등록번호		연락처	
주 소				E-Mail	

이 설문조사는 건강검사에 앞서 여러분의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 비밀이 보장되므로 설문내용에 솔직하고 성실하게 답변해서 여러분 자신의 건강보호 및 향상에 도움이 되도록 합시다. 본인이 작성하되 잘 모르는 문항은 부모님(보호자)과 상의하여 기재하기 바랍니다.

1. 가족 중 다음과 같은 질환을 치료받거나 진단받은 사람이 있으면 해당 질환에 " V " 표시를 하여 주십시오.

가족의 의학적 병력	있음	누가	질병명
고혈압이나 뇌졸중(중풍)			
협심증 · 심근경색 · 심부전 등 심장질환			
당뇨병			
암			
간질환			
결핵			
정신질환			

2. 병원에서 진단받고 현재 치료중인 병이 있습니까? 예□ 아니오□

2-1. 있다면 병명을 기록하여 주십시오.( )

3. 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까? 예□ 아니오□

3-1. 있다면 병명을 기록하여 주십시오.( )

4. 병원에서 진단받고 정기적으로 다니는 병이 있습니까? 예□ 아니오□

4-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )

5. 본인이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? 예□ 아니오□

5-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )

6. 최근 한 달간 경험한 증상에 모두 " V "표시를 하여 주십시오.

항목	나타나는 증상	예	아니오
전신 상태	감기에 잘 걸린다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로하다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기계	재채기와 함께 코와 눈이 가렵고 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨쉴 때 숨이 가쁘면서 가슴에서 쌕쌕하는 소리나 휘파람 소리가 들릴 때가 많다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 막힌다.		
	코를 심하게 곤다는 말을 듣는다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
	목에서 몽우리가 만져진다		
순환기계	운동을 조금만 해도 다른 사람보다 숨이 심하게 차다		
	혈색이 안 좋고 가만히 있어도 심장이 두근거린다		
소화기계	속이 쓰리거나 아플 때가 있다.		
	속이 답답하거나 가득찬 듯한 느낌이 있다		
	아랫배가 살살 아프거나 설사를 자주 한다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 것 같다.		

정신건강	기분이 처지거나 우울해서 희망이 없다는 느낌이 든다		
	자살하려고 심각하게 생각하거나 자살을 시도한 적이 있다		
	미칠 것 같은 불안을 자주 느낀다		
	차분하지 않고 지나치게 활동적이라 다른 아이에게 방해가 되는 경우가 있다		
	자해를 시도한 적이 있다.		
혈액	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그 밖의 증상	두통이나 편두통이 심하다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다		
	귀에서 매미우는 소리나 윙하는 소리가 들린다.		
	턱관절이 아프거나 입이 잘 벌어지지 않는다		
	목 · 허리 · 무릎 등의 관절부위가 아프다.		

7. 다음은 여러분의 건강생활과 관련된 행동에 대한 질문입니다. 자신에게 해당되는 질문에 " V "표시를 하여 주십시오.

건강생활행동		예	아니오
식생활	아침은 규칙적으로 먹는 편이다.		
	평소 하루에 식사를 얼마나 합니까? ① 거의 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번		
	매일 우유나 유제품을 먹는다		
	매일 채소와 과일을 먹는다.		
	단음식이나 짠 음식을 거의 먹지 않는다.		
	청량음료 · 햄버거 · 피자 또는 과자를 매일 먹는다.		
	체중을 줄이기 위해 굶거나 약을 먹는다.		
개인위생	식사하기 전이나 외출 후 돌아와서 비누로 손을 씻는다.		
	하루에 두 번 이상 이를 닦는다.		
운동	주 3회 이상 땀이 나거나 숨이 찰 정도로 운동을 하거나 일을 한다.		
	공부와 운동을 잘 안배하여 자고 나면 개운하다		
안전	자동차를 탈 때 안전벨트를 맨다.		
	인라인스케이트, 롤러블레이드, 스케이트보드, 자전거, 오토바이/모터사이클 등을 탈 때 헬멧이나 보호구를 착용한다.		
인터넷	인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상 한다.		
	음란물을 보거나 성인사이트에서 채팅을 자주 한다.		
가정생활 및 주변환경	지난 1년 동안 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있다.		
	고민이 있거나 괴로울 때 의논할 수 있는 사람이 있다.		
	가정(가족)내의 문제에 대해 걱정이 된다.		
	지난 1년 동안 가출하는 것을 심각하게 생각해 본적이 있다.		
	무기로 사용할 목적으로 칼 · 몽둥이 · 쌍절곤 등을 가지고 다닌 적이 있다		
	가정이나 주변환경에서 폭력으로 인해 자신의 안전이 위협을 받고 있다		
흡연음주	지난 1개월 동안 담배를 피운 적이 있다.		
	지난 1개월 동안 술을 마신 적이 있다.		
	환각을 목적으로 불법으로 대마초나 향정신성 약물을 사용한 적이 있다		
성	성문제에 대해서 고민이 된다.		
	육체적 · 정신적 · 성적으로 학대를 당한 적이 있다.		
고민이나 괴로운 일에 상담을 받고 싶다.			
* 선택검진(클라미디어, 임질, 매독, HIV)을 추가로 검진 받기를 원한다.			

학교 밖 청소년 구강검진 문진표

이 설문조사는 구강검진에 앞서 여러분의 구강증상과 구강건강행태에 대하여 미리 알아보고자 실시하는 것입니다. 설문 결과는 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.	성 명	
	주민등록번호	
	주 소	
	연락처	
	E-Mail	

※ 최근 1년 동안 청소년이 경험한 증상에 모두 "V"표시를 해 주십시오.

	①있다	②없다
1. 지난 1년 동안 치아가 쑤시고 욱신거리고 아픈 적이 있습니까?		
2. 지난 1년 동안 잇몸이 아프거나 피가 난 적이 있습니까?		
3. 지난 6개월간 치과병(의)원에 간 적이 있습니까?		
4. 치아 닦는 방법을 치과병(의)원 또는 보건소로부터 직접 배운 적이 있습니까?		

5. 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

6. 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 모르겠음

7. 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 모르겠음

8. 담배를 피웁니까?
① 전혀 피운 적이 없다 ② 현재 피우고 있다 ③ 이전에 피웠으나 끊었다

9. 입을 벌리기 힘들거나 악관절(귀앞부분)이 아픈 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오

※ 특별히 치과의사 선생님께 하고 싶은 말을 쓰십시오.