

초등학생 검진 기록지

병록번호: _____

* 인적사항을 반드시 기입해주세요.(학생작성)

학교명	초등학교		학년 / 반 / 번호	학년	반	번
성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민등록번호		
주소				전화번호		

* 병원작성

구분	검사항목	검사결과	구분	검사항목	검사결과
신체 발달 상황	키	cm	안질환		
	몸무게	kg	귓병		
	비만도		코병		
허리둘레(비만학생)		cm	목병		
혈압	①	mHg	피부병		
	②	mmHg	척추		
눈	시력 측정	나안 좌: 우:	진찰 및 상담	과거병력	
		교정 좌: 우:		외상 및 후유증	
귀	청력	좌: 우:		일반상태	
소변검사	요단백:	요잠혈:	그 밖의 사항		
혈액검사 (비만/고1여)					
흉부X선검사 (중/고등학생)					

종합 소견

종합 소견

가정에서의 조치사항

판정의사	면허번호		검진일 및 검진기관	검진일	2024. .
	의사명	(인)		검진기관명	광명웰니스건강검진센터